Flávia Cristina Silveira Lemos - Valber Luiz Farias Sampaio -
Cyntia Santos Rolim - Rafaele Habib Souza Aquime -
Fernanda Cristine dos Santos Bengio

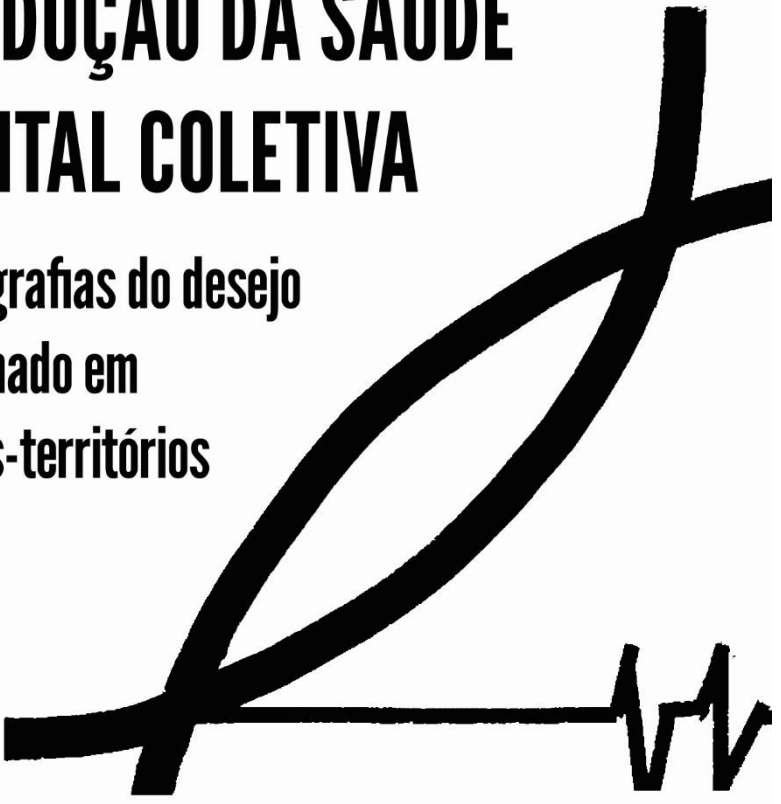
DISPOSITIVOS INTERSECCIONAIS E LINHAS DA VIDA NA PRODUÇÃO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

Cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios

EDITORA TODAS AS MUSAS

DISPOSITIVOS INTERSECCIONAIS E LINHAS DA VIDA NA PRODUÇÃO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

Cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios



Flávia Cristina Silveira Lemos
Valber Luiz Farias Sampaio
Rafaele Habib Souza Aquime
Cyntia Santos Rolim
Fernanda Cristine dos Santos Bengio

Dispositivos interseccionais e linhas da vida na produção da saúde mental coletiva
Cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios

1ª edição
São Paulo
Todas as Musas
2026

Editor: Flavio Botton
Supervisão Editorial: Fernanda Verdasca Botton
Ilustração da capa: Sávio Lemos
Capa e diagramação: Studio Vintage Br
Flávia Cristina Silveira Lemos © Valber Luiz Farias Sampaio ©
Cyntia Santos Rolim © Rafaele Habib Souza Aquime ©
Fernanda Cristine dos Santos Bengio ©

Conselho Editorial:
Igor do Carmo Santos (UFT)
Marcelo Spitzner (UFRA)
Sérgio Bandeira do Nascimento (UFPA - ABAETETUBA)

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Dispositivos interseccionais e linhas da vida na produção da saúde mental coletiva [livro eletrônico] : cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios / organização Flávia Cristina Silveira Lemos...[et al.]. -- São Paulo : Editora Todas as Musas, 2026. PDF

Vários autores.
Outros organizadores: Valber Luiz Farias Sampaio, Rafaele Habib Souza Aquime, Cyntia Santos Rolim, Fernanda Cristine dos Santos Bengio.
ISBN 978-85-9583-245-9

1. Assistência social 2. Psicanálise 3. Psicologia 4. Saúde mental 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Lemos, Flávia Cristina Silveira. II. Sampaio, Valber Luiz Farias. III. Aquime, Rafaele Habib Souza. IV. Rolim, Cyntia Santos. V. Bengio, Fernanda Cristine dos Santos.

26-381310.0 CDD-150.195

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Psicanálise : Psicologia 150.195

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

"Quando você compartilha o saber, o saber só cresce. É como as águas que confluenciam. Quando o rio encontra o outro rio, ele não deixa de ser rio. Ele passa a ser um rio maior".

Nêgo Bispo (2023).

Sumário

Apresentação.....11

Cis-heteronormatividade e os limites da sensibilização: provocações para a formação em psicologia a partir das referências técnicas de atuação com a população lgbtqia+
Leticia Silva Holderbaun e Betina Hillesheim 15

Corpos dissidentes e a transcolonialidade em pauta: práticas de cuidado e insurgências decoloniais em contextos urbanos
Camila de Freitas Moraes Garcia, Bianca Moreira Pinto, Débora Luiza Frazão Matos, Lucas Dourado Leão, Mayra Rodrigues Negrão e Paulo Vitor Barroso dos Santos.....33

A internação compulsória na interseção das políticas de exclusão social
Yan Lima Damasceno, Mariana Soares Saraiva, Vitória Maria França de Paula, Daniel Miranda Baia Arnaldo, Emanuela Fernanda da Conceição Costa e Pedro Paulo Gastalho de Bicalho..... 51

Análise crítica dos hospitais de custódia e a perpetuação da lógica manicomial
Amanda Quaresma de Castro, Nathália Guimarães Lopes, Roberta Bentes Flores Bayma e Vitória do Vale Carvalho.....71

A desinstitucionalização na expressão do cotidiano de um centro de convivência: a radicalidade do cuidado em liberdade
Janisse de Oliveira Carvalho.....99

Estado mulheres no sistema prisional: perdas e possíveis impactos em suas vidas
Marina de Almeida Mota, Verena Souza Souto e Marilda Castelar..... 117

Entre rios, terras e travessias: o processo migratório Warao em Belém/PA e o papel da psicologia na assistência social
Nilson Nogueira Vasconcelos, Rodrigo Aluisio Gomes de Freitas dos Santos, Sara Menezes Laranjeira e Valber Luiz Farias Sampaio 137

Juventudes e territórios: perspectivas em saúde mental e estratégias de resistência nos centros de referência das juventudes do Espírito Santo
Hemilly Fonseca Coelho, Lorrane Costa da Silva e Luizane Guedes Mateus.....157

A chama da memória colonial: memória coletiva e crítica às colonialidades na memória indígena brasileira
Caio Monteiro Silva, Hernani Pereira dos Santos, Emanuel Messias Aguiar de Castro e Túlio Kércio Arruda Prestes 171

Sintonizando saberes amazônicos: um relato de experiência sobre a escuta e o encontro em uma disciplina radiofônica
Lucas de Almeida Modesto, Evelyn Cristina Martins Cunha, Priscila Iara Louzada e Márcio Mariath Belloc 193

Da sociedade moderna disciplinar à sociedade pós-moderna do desempenho: análise do discurso do estresse
João Paulo Nogueira da Silva, Nayane de Sousa Lima, Maria Eduarda Lima Lisboa e Flávia Cristina Silveira Lemos 209

Cenários das subnotificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na vigilância da saúde do trabalhador e da trabalhadora na região da Amazônia Brasileira
Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein, Janne Cavalcante Monteiro e Letícia Maris Camargos Brasil.....233

Mulheres brasileiras performadas como mães medicalizadas
Fernanda Teixeira de Barros Neta, Tamires Costa Mendes, Ananda Vitoria Cardoso Rodrigues, Maria Vitoria Rocha de Jesus, Rariane Costa Rodrigues e Elizângela Ferreira Mendes..... 257

A experiência da autonomia de mulheres que conceberam filhas(os) por meio de parto humanizado
Daniela Quaresma Fonseca Fernandes, Flávia Lorrana Cruz Pereira, Nicolly Nascimento Simioni Pinheiro e Lorena Schalken de Andrade 269

Estado e filantropia “de mãos dadas no combate à mortalidade infantil” no Piauí (1930-1945)
Francilene Teles da Silva Sousa 293

Perder em vida: narrativas e processos de perdas e luto ocupacional na esclerose múltipla
Jeice Sobrinho Cardoso, Lucidalva Costa de Freitas, Paulo Roberto Nassar de Oliveira e Victor Augusto Cavaleiro Corrêa 309

Psicologia e saúde: relato de uma experiência de escuta psicológica no hospital
Pedro Igor Zaia e Silvio José Benelli 323

Infância invisível na Amazônia: o impacto do HIV na vida de crianças e adolescentes no Pará
Dorotéa Albuqueque de Cristo e Ana Wladia Silva Lima 348

Gestar como homem trans: acesso à saúde, acolhimento e direitos reprodutivos em um estudo de caso
Thiago Pamplona e Eric Campos Alvarenga 363

Micropolítica na saúde: tecnologias leves e produção do cuidado no SUS
Stéphane Nayane Fraga Negrão 385

Concepção de saúde e de ciência nas PICs: uma análise documental fenomenológica-hermenêutica
Lorena Schalken de Andrade 401

Quem escuta o corpo negro?: por uma psicanálise preta e aquilombada a partir do poema "Corpo em revolução"
Camila de Freitas Moraes Garcia.....427

Educação popular, saúde mental e lutas contra preconceitos
Aldenise Silva de Nazaré e Michele Torres dos Santos de Melo 445

Produções científicas sobre violência doméstica na Região Norte: uma revisão integrativa
Iara Monteiro Moraes, Amanda Laíssa Ribeiro, Ana Luiza Ribeiro de Lima e Bárbara Araújo Sordi 461

Epistemologias da carne: a arte como prática de reexistência nas ruas de Belém
Cleber Silva de Oliveira e Lorena Schalken de Andrade 479

A física nas festas de aparelhagem: um material didático regionalizado no âmbito do PIBID/UFPA
Marcos Vinicius Ozório Assunção, Vicente Ferrer Pureza Aleixo, Carlos Alberto Brito da Silva Júnior, Janes Kened Rodrigues dos Santos e Alessandra Nascimento Braga 491

Musicoterapia: arte e saúde
Kézia Andrade Soares Saraiva e Ozian de Sousa Saraiva 503

Velhice (in)visibilizada: contribuições da psicologia na análise dos serviços públicos para idosos em Abaetetuba (PA)
Letícia Luz Quaresma, Risângela Maria de Jesus Cavalcante Dias, Wanessa Araújo Pinheiro e Larissa Azevedo Mendes 513

Autorias..... 541

Índice remissivo.....559

Apresentação[1]

Enquanto há livros que procuram tecer respostas, há livros que inquietam diante de suas problematizações e movimentos em prol da vida, do coletivo, do cuidado. Num segundo viés, pensar o volume intitulado "*Dispositivos interseccionais e linhas da vida na produção da saúde mental coletiva - cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios*" requer reflexões contemporâneas, mas arraigadas num passado – nem tão distante – de estruturas corporificadas entre a saúde, a proteção social e os corpos-territórios.

Propomos olhares plurais, sob a ótica das interseccionalidades, na produção de encontros com corpos negros, de mulheres, indígenas, ribeirinhas, migrantes, de territórios outros, etc., que agenciam micropolíticas contracoloniais e, nessas aproximações, objetivamos colocar em xeque as práticas de aniquilamento presentes nas misoginias, nos sexismos e no patriarcado, emergindo o ecofeminismo das águas e florestas.

A partir de diversos textos, tais saberes-fazeres quebram com lógicas tradicionais e lineares do âmbito científico, ao propor metodologias diversas pela construção coletiva de conhecimento, dando voz e fazendo falar a partir de tecnologias outras, do campo social e do bem-viver, que remetem à ancestralidade e nossas relações singulares com a terra. Por meio de relatos de experiências, revisões de literatura e estudos de caso tensionamos também os valores neoliberais que estão presentes na esteira dos acontecimentos das violências – notificadas e subnotificadas – e/ou pela crueldade. Assim, construímos aqui um tecido de diálogos com linhas de fuga tecidas na interculturalidade e na potência transdisciplinar. Logo, são conversações transversais de reflexões que fissuram o instituído nas diversas formas de cuidar.

[1] A identidade visual desta obra ganha especial potência por meio da sensível criação de Sávio Lemos, cuja arte ultrapassa a função ilustrativa para tornar-se parte da própria narrativa do livro. A capa traduz, com sensibilidade estética, regionalidade e profundidade conceitual, os movimentos de vida, resistência, desejo e produção que atravessam os capítulos aqui reunidos.

No campo da Psicologia e seus diálogos com diferentes comunidades, há uma diversidade de saberes e subjetividades singularizadas, articuladas em redes de conversações múltiplas em saúde, com os encontros de cuidado(s) – sobretudo diante da saúde mental e suas inventividades e criatividades – e na formação crítica rumo à emancipação desejante por meio de arranjos diagramáticos do desejo na revolução molecular, em uma micropolítica afirmativa.

Ademais, neste livro em formato de coletânea nacional são elencados debates sobre a formação e atuações em torno da população LGBTQIA+, desinstitucionalização, populações migrantes, questões de mortalidade infantil, do luto, de "públicos invisíveis" e visíveis, mas negligenciados, dentre outros temas. Nesse aspecto, pensamos as contribuições das práticas transdisciplinares de psicologias aliadas a outros saberes para a produção de saúde mental coletiva frente aos avanços dos fascismos cotidianos.

Deste modo, este livro assinala com concordância com Bader Sawaia que todo sofrimento é etico-político, seja nos processos de discriminação, desvalorização e complementamos, na transcolonialidade também, e por essas razões apostamos em mediações psicossociais afinadas aos enfrentamentos LGBTfóbicos, etaristas e aos letramentos racial e de gênero.

Aqui reside a diversidade e pluralidade. Profissionais e estudantes da Universidade Federal do Pará – UFPA, Universidade Federal Rural da Amazônia- UFRA, Universidade da Amazônia – UNAMA, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ, Faculdade Estácio, Universidade de Santa Cruz do Sul, Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Faculdade UNINTA – Fortaleza, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Centro Universitário de Salvador (UniFTC/SSA), Universidade Federal do Amapá – UNIFAP, Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, Instituto Estadual Carlos Gomes/PA, Universidade de São Paulo – USP, Universidade Estadual Paulista (Unesp – Assis/SP), Universidade Estadual do Ceará – UECE, Universidade Federal do Recôncavo Baiano – UFRB, dentre outros espaços. São pessoas vinculadas às várias universidades, vários programas de pós-graduação e grupos de pesquisa diante do território brasileiro.

Nesse sentido, o intitulado livro "*Dispositivos interseccionais e linhas da vida na produção da saúde mental coletiva - cartografias do desejo encarnado em corpos-territórios*" faz parte de uma coletânea de produção de conhecimento através várias/os pesquisadoras/es de diversas perspectivas e partindo de um aspecto transdisciplinar. Assim, esta coletânea nacional traz textos que são dispositivos de luta e cuidado crítico. Trata-se de trabalhos desenvolvidos em pesquisas complexas e atentas de quem cartografa o mapa da micropolítica afirmativa do desejo.

As/os organizadoras/es.

Cis-heteronormatividade e os limites da sensibilização: provocações para a formação em psicologia a partir das referências técnicas de atuação com a população lgbtqia+[1]

Leticia Silva Holderbaun

Betina Hillesheim

O atendimento à população LGBTQIA+ tem se constituído como uma questão para a área da saúde, interrogando tanto a formação dos/as/es profissionais quanto as próprias práticas. No que se refere à Psicologia, em 2023, o CREPOP (Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, criado em 2006 pelo Sistema Conselhos de Psicologia) lançou as *Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+*, com o objetivo de "fortalecer e qualificar a atuação de profissionais da Psicologia", bem como se colocar "como uma contribuição da categoria à sociedade brasileira para promover a dignidade e enfrentar o ódio" . Além disso, o documento visa "apresentar possibilidades de atuação nas diversas políticas públicas as quais a população LGBTQIA+ percorre, além de problematizar as LGBTQIAfobias para além de uma perspectiva da violência física" (CFP, 2023, p. 9).

O documento constitui um marco para a psicologia brasileira e é resultado de uma trajetória que, há pelo menos 25 anos, vem sendo construída pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que tem promovido debates e elaborando normativas que orientam a atuação profissional em relação às sexualidades e aos gêneros que não correspondem à cis-heterossexualidade. A primeira normativa nessa direção foi a Resolução nº 01/1999 (CFP, 1999), que proíbe aos profissionais da psicologia o uso de

[1] O presente texto já fora devidamente publicado. No entanto, sua reconhecida relevância acadêmica e a contribuição de suas autoras justificaram o convite para um novo momento de apresentação e divulgação da publicação. Nesse contexto, o artigo e suas autoras foram convidados a participar de um relançamento, com o propósito de conferir amplitude do conhecimento da obra, valorizar sua contribuição para o debate sobre a temática e proporcionar novas oportunidades de reflexão e interlocução com o público.

quaisquer técnicas e instrumentos que favoreçam a patologização da homossexualidade e das práticas homoeróticas, determinando que "não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades". Também afirma, como dever do psicólogo, a contribuição no enfrentamento às discriminações, à estigmatização e ao preconceito contra pessoas que tenham práticas homoeróticas.

A determinação aconteceu seis anos após a retirada da homossexualidade da classificação de doenças do CID-10 (Código Internacional de Doenças, 10ª Edição), em 1993. Quase duas décadas após a primeira normativa, o CFP lança a Resolução nº 01/2018, reafirmando o compromisso ético-político com o respeito aos Direitos Humanos e vetando quaisquer práticas discriminatórias, estigmatizantes e patologizadoras em relação às pessoas trans e travestis. As práticas que prometem ou almejam a "cura gay" e a "cura trans"[2] haviam sido formalmente proibidas no exercício da Psicologia. Mais tarde, a Resolução nº 02/2022 firma as mesmas orientações em relação às bissexualidades e outras sexualidades não-monossexuais.

Esse movimento não tem acontecido de forma pacífica e em pleno consenso entre colegas da categoria, o que representa um desafio para a garantia, para a construção e para a execução de políticas públicas que promovam a equidade de acesso à saúde, à educação, à cultura e aos espaços formais de trabalho para a população LGBTQIA+. Por conseguinte, trata-se de uma questão a ser discutida nos processos de formação em Psicologia, entendendo que estes não se esgotam na formação em nível de graduação, mas têm caráter permanente no exercício da profissão e na atuação em políticas públicas.

Desta maneira, este capítulo objetiva discutir como as referências técnicas sobre a população LGBTQIA+ produzem formas de compreender a formação em Psicologia, problematizando as estratégias de formação/capacitação/sensibilização propostas pelo documento. Assim, inicia-se problematizando as próprias práticas psicológicas, calcadas na noção de cisnormatividade, evidenciando que as questões de gênero e sexualidade implicam, na formação em Psicologia, não simplesmente um

[2] São popularmente conhecidas assim as terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação que objetivam modificar a orientação sexual e/ou a identidade de gênero, partindo do pressuposto de que as sexualidades não-heterossexuais e as experiências trans do gênero são passíveis de correção.

aperfeiçoamento, nas algo da ordem de um *desfazimento*. A partir disso, foca-se especialmente no eixo 3 proposto pelas referências, denominado *"A atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues nos serviços direcionados às pessoas LGBTQIA+",* fazendo, por meio dessa análise, algumas provocações para a formação em Psicologia.

TENSIONAMENTOS INICIAIS: É PRECISO DESFAZER A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA?

Pensar o papel da Psicologia nas políticas públicas que contemplem (ou deixem de contemplar) a população LGBTQIA+ requer assumir a permanência do desfazer como algo inscrito na prática. A lógica não é de suplementação e preenchimento, mas de quebras e descontinuidades, como quando se expõem os fios de uma corda rompida. Para isso, é preciso abordar a noção de cisnormatividade, conceito extensivamente discutido pela pesquisadora viviane v.[3] (2015) e impulsionado pelos transfeminismos. Semelhante ao que propõe o conceito de heteronormatividade em relação às sexualidades, a cisnormatividade invoca o prefixo "cis" não para assinalar as identificações pessoais de gênero, mas eleva a cisgeneridade ao estatuto de uma norma que assume a posição cisgênera como natural, universal e pré-discursiva, ou seja, como marca fundamental e definidora do humano.

A *pré-discursividade* constitui o primeiro eixo pelo qual opera a cisnormatividade: a suposição de que haveria um corpo sexuado natural, independente e anterior às inscrições da cultura, que se mantém historicamente estável, fixo e imutável diante das concepções de gênero. O segundo eixo é o da *binariedade*, que pressupõe o dimorfismo como modelo de diferença sexual, entendida como uma relação de oposicionalidade entre duas tipologias binárias. Por fim, no terceiro eixo opera a noção de *permanência,* a qual pressupõe que essas mesmas categorias sexuais ("macho" e "fêmea") convergem necessariamente com as experiências de gênero, com as formas de performá-lo, com as práticas e o desejo sexual (heterossexual).

[3] A grafia do nome está em letras minúsculas porque é assim que a autora assina seus textos.

Essa mesma convergência, que Judith Butler (1990) chama de "matriz heterossexual de inteligibilidade", se constitui como uma gramática de legibilidade do humano. Quanto mais próximos dessa convergência estiverem os marcadores de gênero e sexualidade, mais a experiência de um indivíduo é "legível" culturalmente e, da mesma forma, mais esse indivíduo se aproxima de um ideal de humanidade constituído pela heterossexualidade e pela cisgeneridade. Cabe destacar que os marcadores de gênero e sexualidade se interseccionam com a produção da diferença racial e de outros marcadores sociais, tais como as questões de classe, na universalização desse ideal humano. Este, por sua vez, é resultado de "projetos coloniais [...] limitadores e desumanizadores de um amplo espectro de corpos, identificações e identidades de gênero não normativas, para muito além dos conceitos ocidentalizados de gênero." (viviane, 2015, p. 48).

Nessa perspectiva, "gênero" e "sexualidade" são conceitos e dimensões distintas, mas essencialmente vinculadas pela heteronormatividade e pela cisnormatividade, dado que o sujeito cisgênero "ideal" é também heterossexual e vice-versa, se ambos corresponderem ao grau máximo de coerência interna na matriz heterossexual de inteligibilidade. Desse modo, fala-se em cis-heteronormatividade para se referir a este enlace que essencializa tal convergência como base ontológica humana.

Seguindo a argumentação de viviane (2015), entende-se que os próprios conceitos de cisnormatividade, heteronormatividade e cis-heteronormatividade permitem desestabilizar as lentes científicas constituídas pelo ideal de uma objetividade universal e descorporificada, os quais encontram legitimação epistemológica na separação entre sujeito e objeto (Haraway, 2009). Favero (2020) mostra que a Psicologia, como ciência e profissão, não escapa dessa epistemologia, mas costura-se a ela tanto numa dimensão positivista e vinculada com a psicopatologia psiquiátrica, quanto nas perspectivas que escapam do paradigma positivista, como é o caso da psicanálise. Em ambos os casos, a Psicologia tem se constituído, historicamente, como um campo de saber pretensamente descorporificado, construído pela neutralidade do olhar daqueles que poderiam gozar dela (nomeadamente, corpos brancos, cisgêneros, heterossexuais e europeus).

Todos aqueles corpos que fogem a esse ideal universal de humano (mulheres, pessoas negras, pessoas LGBTQIA+, latino-americanas,

africanas...) têm sido tomados como *objetos* de conhecimento, mas não como seus produtores, uma vez que seu olhar estaria "contaminado" pela experiência e, portanto, seria incapaz de alcançar a neutralidade conferida aos sujeitos "universais". São esses mesmos sujeitos que, para Tomaz Tadeu da Silva (2014), constituem a identidade hegemônica e referencial, em relação à qual todas as demais seriam desviantes. Paradoxalmente, trata-se de uma identidade, como no caso da cisgênera, que não é tida como *identitária* e que goza do privilégio da invisibilidade, pois é assumida como natural e autoevidente. É desse modo que se produzem efeitos de naturalização no cotidiano, na produção do saber, nas práticas profissionais e nos processos de formação, os quais interessam para a discussão proposta neste texto.

Talvez, mais do que revista, tal formação precise ser "desfeita", conforme argumenta Sofia Favero (2022). Nessa perspectiva, inverte-se a compreensão de que há uma "lacuna" de conhecimento a ser preenchida para que seja possível superar a lógica cis-heteronormativa. Afinal, não é o acúmulo de conhecimento que nos torna "especialistas de gênero" (Latham, 2017), como se pudéssemos somar "a diversidade" (compreendida como "o diferente") a um saber balizado pela noção de normalidade. Nesse sentido, quando se pensa no "desfazer" da formação em psicologia (Favero, 2022), trata-se de um fim que não é fechado em si mesmo, mas permanentemente aberto, inacabado (Larrosa, 2017).

Assim, não se trata de idealizar a inclusão de uma disciplina sobre gênero e sexualidade nos currículos de psicologia (embora se possa fazê-lo). Discutir o tema transversalmente nas disciplinas dos cursos de graduação está mais próximo do empenho de desnaturalizar a cis-heteronormatividade. No entanto, mais do que discutir gênero e sexualidade, é preciso também situar historicamente os referenciais que dão sustentação aos conhecimentos do campo *psi*, adotando uma postura crítica (que não é de descarte) à sua pretensão de objetividade descorporificada. É necessário, ainda, trazer outros referenciais para o centro, que desloquem as/es/os sujeitas/es/os "marcados pela experiência" de objeto de conhecimento para a de produtoras/es/os do conhecimento: não mais de um saber pretensamente neutro e universal, mas de saberes que se reconhecem como parciais, localizados e corporificados.

A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO JUNTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+.

Tendo em vista a discussão acima, assinala-se que os processos de sensibilização/capacitação compõem uma das diretrizes abordadas pelas referências de atuação com a população LGBTQIA+ (CFP, 2023). Estes são discutidos como estratégias de promoção da saúde e de combate à invisibilidade, com vistas a produzir efeitos não apenas diretamente na relação entre paciente ou usuária/e/o e psicóloga/psicólogo/psicólogue (e outras/es/os profissionais), mas também nos contextos institucionais em que estão inseridas/es/os. Assim, é tomado como compromisso ético-político a responsabilização e co-participação, por parte de profissionais de psicologia, pelas ações de enfrentamento à LGBTQIA+fobia, as quais podem ser elaboradas a partir de um diagnóstico institucional que responda a algumas questões fundamentais, tais como:

> • Os projetos/programas da instituição ultrapassam uma lógica de ações cisheteronormativas?
> • Os instrumentais para atendimento da população contemplam identidade de gênero e orientação sexual?
> • O quadro de funcionárias(os) abrange a diversidade sexual e de gênero?
> • Os encontros de educação permanente existem? Abordam a pauta LGBTQIA+?
> • Os materiais informativos produzidos pela instituição consideram e incluem a temática da diversidade sexual e de gênero? (CFP, 2023, p. 99-100).

Articuladas desse modo, as ações de sensibilização e capacitação se enlaçam com a formação em psicologia na perspectiva da educação permanente. Entende-se aqui que esse esforço permanente não responde simplesmente a um suposto fracasso dos currículos e da formação de base em abordar os temas de gênero e sexualidade. Isso não significa que a formação em nível de graduação não exija revisões constantes se o objetivo for desnaturalizar, na teoria e na prática psicológica, a cis-heteronormatividade como paradigma fundacional do humano (viviane, 2015; Butler, 2004).

Quanto às práticas de educação permanente, recomendadas pelo documento de referências técnicas de atuação com a população LGBTQIA+

(CFP, 2023), considera-se que não se trata apenas de promover momentos formais de capacitação e/ou de sensibilização, mas de assumir no cotidiano a tarefa de desnaturalizar a cis-heteronormatividade institucionalizada nos protocolos e fluxos de atendimento, nas atividades oferecidas pelos serviços, nas formas de acolhimento de usuárias/es/os, na estrutura física dos locais, nos processos burocráticos e administrativos, na configuração das equipes multiprofissionais. Nada disso está à parte da formação em Psicologia, mas *é* parte de uma formação (e de um concomitante desfazer) permanente. As próprias referências técnicas dão sustentação para esse movimento, na medida em que convocam a adotar uma ética compromissada com o enfrentamento à LGBTQIA+fobia nas instituições de atuação.

Nessa direção, mais do que a uma postura discriminatória individual, as referências técnicas dão ênfase ao caráter institucional da discriminação, compreendendo que ações discriminatórias não partem necessariamente da intenção de quem as comete, mas também consistem em comportamentos e protocolos naturalizados. Diante disso, pode-se pensar no âmbito burocrático, como quando, por exemplo, os formulários de atendimento de um serviço não dispõem de campo para preenchimento de nome social. Compreendendo que a atuação de profissionais de Psicologia nas políticas públicas "não se limita ao atendimento à população LGBTQIA+, mas percorre um caminho de diálogo com os profissionais, comunidade e sociedade como um todo" (CFP, 2023, p. 99), assinala-se que uma estratégia de sensibilização possível seria conversar com a equipe sobre o direito de uso do nome social e os impactos causados pela sua não garantia, seja em momentos formais de educação permanente, em reuniões de equipe ou nas interações cotidianas.

Para ilustrar, tome-se um/a/e profissional de Psicologia que atue em um serviço de atendimento a pessoas que vivem com ISTs. Em seu entorno, observa que os materiais de prevenção disponibilizados enfatizam o preservativo peniano como método de prevenção, mas não incluem qualquer tipo de orientação que contemplem as relações sexuais entre pessoas com vulva. Uma estratégia possível seria promover diálogos entre a equipe e os movimentos LGBTQIA+, de mulheres lésbicas e bissexuais, homens trans e pessoas não binárias, na busca de compreender as suas necessidades de saúde e suas práticas de cuidado, entendendo que "reconhecer e superar as discriminações e preconceitos institucionais

exige uma reflexão e ações que ultrapassam a oferta do serviço, visando garantir o pertencimento comunitário" (CFP, 2023, p. 90).

Seguindo os passos de Favero (2022), entende-se que as estratégias de capacitação para o atendimento de pessoas trans e travestis frequentemente se traduzem na tentativa de falar *sobre* tal população mais do que *com* ela. Estendendo essa compreensão para o restante do público LGBTQIA+, sublinha-se que qualquer estratégia de educação permanente, tal como a produção de novos materiais de prevenção, jamais deve prescindir da escuta das pessoas que constituem o seu público-alvo. Em especial, quando se trata da população LGBTQIA+, cujo "processo de abandono, expulsão dos locais formais de convívio e violências sofridas desde a infância, por exemplo, podem repercutir na chegada/acesso deste segmento populacional aos serviços bem como nos atendimentos" (CFP, 2023, p. 89).

Pensar institucionalmente está para além de formar e/ou apontar "bons" e "maus" profissionais de Psicologia, ou seja, aquelas/es/us que saberiam como acolher a população LGBTQIA+ e aquelas/es/us despreparados para fazê-lo. Outro aspecto levantado pelo documento é a presença ou ausência de pessoas LGBTQIA+ nas equipes multiprofissionais dos serviços onde atuam psicólogas, psicólogues e psicólogos. Ao falar de uma população que sofre os impactos da LGBTQIA+fobia, é preciso marcar os obstáculos de inserção no mercado de trabalho, de acesso à educação e de permanência nessas instituições, sobretudo quando se trata de pessoas trans e travestis. Como deslocar-se da posição objetificada pelo saber sem as condições materiais, afetivas, simbólicas e culturais que promovem acesso a uma posição que permita participar do debate acadêmico e da produção de conhecimento científico? Do outro lado, como é possível desestabilizar a cis-heteronormatividade na formação em Psicologia sem que, no cotidiano dos cursos, se encontrem, por exemplo, pessoas trans e travestis?

Psicólogas, psicólogues e psicólogos falam a partir de um campo do saber que, historicamente, tem contribuído para a produção de (a)normalidades. Em se tratando do gênero e da sexualidade, uma das maneiras pelas quais a Psicologia os tem normalizado é nos termos de uma patologização, ora vinculada a uma terminologia nosológica e psiquiátrica, ora a concepções teóricas que circunscrevem o desenvolvimento sexual e as identificações de gênero a um campo regulado pela diferença sexual,

que organiza certa noção de normalidade psíquica, tal como, por exemplo, a binariedade das saídas do conflito edipiano (Stona; Ferrari, 2020).

No campo da psicanálise, Robert Stoller foi um importante nome que elaborou, em 1964, a noção de "identidade de gênero" (Mack, 2015). Embora suas concepções rompessem com um dos pressupostos do binarismo sexual e de gênero – a relação de oposição entre masculinidade e feminilidade –, manteve-se a noção de que os gêneros se organizam obrigatoriamente nessas duas categorias. Estas, por sua vez, corresponderiam a um modelo de corpo. Isso significa que uma pessoa "verdadeiramente" transexual desejaria, necessariamente, modificar suas características anatômicas ao modelo idealizado pela cisnormatividade. Desse modo, não se trata apenas de uma normalização dos modos de ser homem ou mulher, mas também dos modos de ser trans: transnormatividades.

Essa concepção, denuncia Bento (2017), deslegitima as experiências de pessoas trans e travestis cujos modos de viver o gênero não passam, necessariamente, pelo desejo de modificação anatômica e/ou pelas modificações supostas como essenciais para um genitalismo cisnormativo. Isso acontece também como efeito de colonialidade, conforme discute Violet Anzini (2021), para quem o olhar científico ocidental tem historicamente objetivado os corpos, as experiências de gênero e de sexualidade de sociedades não-ocidentais e os classificados nas categorias homem/mulher e macho/fêmea, tomando-as como universais e desconsiderando as linguagens, o universo simbólico e as significações que tais sujeitos produzem a respeito do gênero e da sexualidade.

Aqui, em especial, destacam-se as transgeneridades, travestilidades e transexualidades, dado que elas continuam presentes nos manuais diagnósticos, diferentemente da homossexualidade, que foi retirada do DSM III, em 1987, e da CID 10, em 1990. Atualmente, a "patologia do gênero" se encontra no diagnóstico de Disforia de Gênero, introduzido no DSM-5, uma mudança em relação ao antigo "Transtorno de Identidade de Gênero", apresentado na edição anterior. Já na Classificação Internacional de Doenças (CID), a OMS deslocou, em sua 11ª edição, as questões de identidade de gênero da categoria de transtornos mentais, que ocupava na edição anterior, para a categoria "condições relacionadas à saúde sexual". Sua nomenclatura também mudou: de "transexualismo" passou-se a chamar "incongruência de gênero".

A manutenção e/ou retirada das questões de identidade de gênero dos manuais diagnósticos é um debate importante entre ativistas trans. Por um lado, há uma parcela que clama pela sua total extinção no DSM e na CID, cujo objetivo é deslocar as transexualidades, travestilidades e trangeneridades do campo das patologias, além de desautorizar a tutela médico-psiquiátrica que hoje determina e regula o acesso a procedimentos hormonais e cirúrgicos. Por outro lado, há aquelas/es/us que defendem uma reforma terminológica e mudanças de classificação dessas categorias nos manuais diagnósticos, mas não a sua eliminação, pois entendem que é justamente o fato de a transexualidade se constituir como um "problema clínico" (Latham, 2017) que garante o acesso a procedimentos de modificação corporal e cuidados de saúde relacionados.

No Brasil, a Psicologia é convocada a participar dos processos de avaliação que determinam a elegibilidade de uma pessoa para realizar os procedimentos desejados. Isso pode acontecer por via privada, quando se solicitam laudos e pareceres que atestem a legitimidade da demanda e a capacidade de/a/u paciente para tomar a decisão de realizá-los; ou, então, quando profissionais de Psicologia compõem as equipes multiprofissionais dos equipamentos (ambulatórios e hospitais) designados para atender as demandas do Processo Transexualizador, atualizado pela Portaria nº 2.803, de 2013 e regulado pelo Ministério da Saúde e, complementarmente, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com a Resolução nº 2.265/2019.

As referências técnicas do CREPOP versam sobre o papel de profissionais de Psicologia no Processo Transexualizador, que, tradicionalmente, tem sido o de acompanhar pacientes pré-cirúrgicos pelo período mínimo de dois anos, resultando em um laudo que autorizará a realização do procedimento. No período pós-cirúrgico, o acompanhamento deve seguir por mais um ano. Ou seja, a Psicologia é convocada a determinar, com base em critérios diagnósticos, se a demanda daquela/e/u paciente é legítima. A tendência é que isso reduza as experiências trans e travestis e que tal processo avaliativo aconteça de forma estigmatizante e normalizadora (CFP, 2023; Bento, 2017), a despeito da vedação de quaisquer práticas patologizadoras e reforçadoras de discriminação por parte de profissionais de psicologia, a partir da Resolução nº 01/2018 do CFP, que estabelece diretrizes de atuação com a pessoa trans e travestis.

As profissões que compõem as equipes multiprofissionais "acabam submetidas à lógica médica e, por isso, geralmente, organizam suas práticas mediadas pela visão biologizante da identidade de gênero" (CFP, 2023, p. 92). Uma das estratégias de enfrentamento discutidas no material é a criação de espaços "que favoreçam às pessoas que procuram os serviços o autoconhecimento e proponham reflexões sobre si também como sujeito social" (CFP, 2023, p. 93), as quais possibilitem "a construção de propostas de participação no cuidado de maneira que um trabalho interdisciplinar seja ofertado, com a construção de intervenções em grupo e coordenadas por equipe multidisciplinar" (CFP, 2023, p. 93). Um aspecto importante mencionado no documento, entretanto, é que, mesmo que possamos aprimorar os protocolos avaliativos, a exigência desse tipo de avaliação inexiste para outras demandas de saúde e procedimentos cirúrgicos e/ou hormonais em pessoas cisgêneras.

Um dos critérios que devem ser avaliados, conforme a Resolução do CFM nº 2.265/2019, é a "presença de transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves" (p. 8). Quando a/u/o paciente apresenta algum desses sinais, a orientação é desautorizar os procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos solicitados. A exclusividade desse tipo de avaliação para os procedimentos do processo transexualizador faz levantar duas questões fundamentais: (1) por que outros procedimentos eletivos, igualmente invasivos e irreversíveis, não são passíveis do mesmo tipo de avaliação das condições de saúde mental?; e, (2) nesse caso, o que se está buscando preservar? Trata-se de um cuidado essencial à saúde ou, em vez disso, da preservação do ideal de cisgeneridade? A suspeita é que algum dos transtornos citados possa operar como causa a uma "falsa" transexualidade? Por esse pressuposto, compreende-se que a regulação do acesso aos procedimentos de modificação corporal para pessoas trans e travestis operam a partir da noção de uma cisgeneridade fundacional e natural, da qual as transgeneridades, travestilidades e transexualidades seriam um desvio (e que, em virtude disso, necessitariam do olhar minucioso da tutela médico-psi para adquirir o direito de ser).

Em outubro de 2023, foi publicada a Resolução CNE/CES nº 1, que atualiza as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Psicologia. No Art. 8º, parágrafo 5º, se reafirmam algumas das competências fundamentais a serem desenvolvidas na formação de base em Psicologia,

as quais já haviam sido estabelecidas nos pareceres CNE/CES nº 1071/2019 e nº 179/2022:

> IV – Trabalhar respeitando a diversidade e mostrar competência cultural, tendo em vista os seguintes princípios: a) atuar tendo como fundamento o conhecimento e compreensão do contexto histórico, político, social e cultural de clientes, usuários, colegas, grupos, organizações, populações e outros atores; b) **respeitar as diversidades de gênero**, sociocultural, étnico-racial, religiosa e outras; c) **trabalhar de maneira acolhedora, empática e efetiva considerando todas as formas de diversidade**. (CNE/CES, 2023, p. 5, grifo das autoras).

Machin, Paulino, Pontes e Rodrigues (2022) indagam "em que medida o debate sobre a prática profissional diante de aspectos relacionados à 'diversidade' (de gênero, sexualidade, raça/etnia etc.), apesar de importante e incluso em resoluções, possui impacto sobre as bases teórico-metodológicas da profissão?" (p. 3108). O objetivo, aqui, não é dizer que as orientações envolvendo o respeito e a postura acolhedora em relação às diversidades sejam inadequadas. É preciso, no entanto, considerar que o uso do termo "diversidade" pode tomar sentidos diversos. Uma leitura possível é que ele se refere a *todos* os gêneros e a *todas* as orientações sexuais, como o seu uso genérico nas Diretrizes Curriculares Nacionais poderia sugerir. Entretanto, o que se percebe em certas experiências com rodas de conversa, grupos de trabalho, falas e/ou capacitações voltadas para estudantes e profissionais das áreas da Saúde (incluindo a Psicologia) e da Educação, é que a *diversidade* parece sempre dar nome ao *outro*.

O problema não parece ser meramente semântico: quando a *diversidade* nomeia somente as pessoas não-cisgêneras e as não-heterossexuais, perpetua a invisibilidade da cisgeneridade e da heterossexualidade. Trata-se de uma invisibilidade diferente daquela que vulnerabiliza as pessoas LGBTQIA+ como sujeitas/es/os de direito. O invisível, aqui, é o pressuposto de universalidade das posições cisgênera e heterossexual. Assim, o "diverso" se confunde com o "diferente", e "diferença" passa a nomear aquilo diverge da norma, e não a diferença inerente às múltiplas identidades. Silva (2014) explica que a *diferenciação* é um processo de hierarquização: ele produz determinadas identidades como *naturais*, mas, em virtude de seu estatuto de universalidade, não são percebidas

como identidades à parte. São elas que constituem o parâmetro de classificação da normalidade e que gozam do privilégio de classificar todas as identidades "desviantes".

Para Silva (2014), há diferentes modos de compreender a diferença. Há uma diferença compreendida como resultado, tomada como sinônimo de *diferente*, e que se aproxima do uso corrente da palavra "diversidade". É nessa acepção que se localiza a cis-heteronormatividade: as trasgeneridades, travestilidades, transexualidades, homossexualidades, bissexualidades, pansexualidades são tomadas como *derivações* de sua natureza cis-heterossexual, de sua posição originária (viviane, 2015). De outro lado, encontra-se a diferença como processo. Nessa perspectiva, a diferença é *anterior* à identidade: tanto aquela idealizada como natural quanto "o diferente". Por sua vez, Silva (2014) propõe uma inversão da lógica da tolerância, do respeito e da celebração: como construir projetos educacionais centrados “na diferença, concebida como processo, uma pedagogia e um currículo que não se limitassem a celebrar a identidade e a diferença, mas que buscassem problematizá-las?” (p. 74).

Ainda na direção de orientar as práticas, o texto de referências técnicas (CFP, 2023) propõe temas que psicólogas, psicólogues e psicólogos podem abordar com profissionais e comunidade nos processos de capacitação e sensibilização:

> • Elucidar a diferença entre sexo, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual;
> • Problematizar a utilização incorreta do termo “homossexualismo”, uma vez que, desde 1990, a OMS (Organização Mundial de Saúde) modificou a CID (Classificação Internacional de Doenças), declarando que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão;
> • Discutir a importância de se referir “A travesti” e não “O travesti” e problematizar o tratamento pronominal adequado ao gênero de identificação;
> • Não utilizar o termo “opção sexual”, e sim “orientação sexual”, ao considerar que ninguém opta/escolhe a sua orientação sexual;
> • Refletir sobre a abrangência das possibilidades de ser mulher, considerando as mulheres cis, transexuais e travestis, pois todas vivenciam e expressam o gênero feminino, assim como as diversas possibilidades da construção das masculinidades e suas variantes de ser homem daqueles que vivenciam e expressam o gênero masculino;

> • Visibilizar a temática de orientação sexual bissexual, ampliando a discussão quanto ao binarismo de sentir atração física/sexual somente por um ou outro sexo. (CFP, 2023, p. 101-102).

Partindo das provocações de Silva (2014), entende-se que as estratégias propostas tensionam os referenciais de normalidade da cis-heterossexualidade. Particularmente a problematização do termo "homossexualismo", que faz rasgos na noção de homossexualidade como patologia. Da mesma forma, visibilizar a orientação bissexual rasura os pressupostos binaristas sobre a sexualidade. No entanto, ao adotar a perspectiva do autor, talvez seja necessário lançar uma luz mais direta para os processos de diferenciação, de hierarquização de identidades, de naturalização da cisgeneridade e da heterossexualidade como categorias fundacionais do humano. Não basta dançar em torno das terminologias corretas, como alerta Favero (2022). Atentar aos termos e à linguagem é interessante para abrir um campo de compreensão e necessário para mitigar violências, mas não é suficiente para fraturar ideais de normalidade e os processos de abjeção de pessoas trans, travestis, lésbicas, gays, intersexo, bissexuais, não-binárias, pansexuais e com outros marcadores de gênero e sexualidade que as tornem ininteligíveis (Butler, 2004). Desse modo, é preciso não apenas mostrar que *outras* posições de gênero e sexualidade *também* existem, mas que elas não são derivações ou desvios de um destino natural. Além disso, situar o debate amplamente no "contexto histórico, político, social e cultural de clientes, usuários, colegas, grupos, organizações, populações e outros atores (CNE/CES, 2023, p. 5), conforme orientam as Diretrizes Curriculares Nacionais. Esse é um aspecto firmemente enfatizado pelas referências técnicas do CFP, que abordam de forma crítica a naturalização da cis-heterossexualidade como posição universal.

PARA SEGUIR PENSANDO...

A partir dos argumentos colocados neste texto, entende-se que o desafio que se coloca para a formação em Psicologia está para além do reconhecimento da diversidade. De um lado, é necessário deslocar-se de uma posição tuteladora e normalizadora, ancorada em saberes idealizados como universais. De outro lado, a mera celebração da diversidade

pouco faz para se afastar dessa mesma posição, já que, por si só, não desafia a centralidade das identidades hegemônicas como referenciais a partir das quais as demais serão hierarquizadas. Por essa razão, Tomaz Tadeu da Silva (2014) problematiza as pedagogias baseadas na ideia de diversidade e nos ideais de tolerância e respeito, entendendo que

> Na perspectiva da diversidade, a diferença e identidade tendem a naturalizadas, cristalizadas, essencializadas. Em geral, a posição socialmente aceita e pedagogicamente recomendada é de respeito e tolerância para com a diversidade e a diferença. Mas será que as questões da identidade e da diferença se esgotam nessa posição liberal? (Silva, 2014, p. 73).

Ao adotar estratégias de educação em saúde, promover capacitações e momentos de sensibilização ou, ainda, ao propor mudanças curriculares e de ementa nos cursos de Psicologia, é preciso assumir um compromisso com a diferença como processo, com a desestabilização da cis-heteronormatividade como referencial de normalidade, como parâmetro de desenvolvimento psíquico (e psicossexual), bem como modelo de saúde psíquica. E, para isso, abandonar um ideal de ciência pautada no distanciamento do olhar, aquilo que Haraway (2009) chama de "visão de Deus", não é meramente uma possibilidade epistemológica, mas um imperativo. Fundir sujeito e objeto e assumir os nossos saberes como parciais e localizados são passos para deslocar os corpos abjetados da posição de "falados" e passarem a "falantes" (Favero, 2020). Somente a partir daí é possível caminhar da ideia de diversidade à diferença.

Portanto, ao pensar a formação em Psicologia a partir dos tensionamentos que a população LGBTQIA+ provoca nos saberes e práticas já constituídos, significa não apenas uma *maquiagem* nos currículos, pontuando aqui e ali conteúdos ou disciplinas, mas, principalmente, uma atitude de problematização permanente e de desfazimento das formas já instituídas que marcam a cisnormatividade como a forma *correta* ou *normal* de ser e estar no mundo. Por fim, assinala-se que, na medida em que se entende a formação, a partir de Larrosa (2017), como algo que não se pode prever um resultado, mas que necessita ser pensada como processo, os efeitos são sempre inesperados.

REFERÊNCIAS

ANZINI, Violet Baudelaire. Gêneros perdidos: Tessituras: **Revista de Antropologia e Arqueologia**, v. 9, n. 1, p. 345–369, 2021. Disponível em: < https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/1105 >.

BRASIL. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html >.

BUTLER, Judith. **Undoing gender.** Nova Iorque/Londres: Routledge, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução do CFM nº 2.265/2019.** Disponível em: < https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2265_2019.pdf >.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CPF). **Resolução nº 1, de 22 de março de 1999.** Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf >.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018.** Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolução-CFP-01-2018.pdf >.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 8, de 17 de maio de 2022.** Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-8-de-17-de-maio-de-2022-401069557.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+.** Brasília: CFP, 2023. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-psicologos-e-psicologues-em-politicas-publicas-para-populacao-lgbtqia/ >.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE); CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CES). **Resolução nº 1, de 11 de outubro de 2023.** Disponível em: < https://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991 >.

FAVERO, Sofia. **Crianças trans:** Infâncias possíveis. Salvador: Editora Devires, 2020.

FAVERO, Sofia. Como atender travestis e pessoas trans? (des)cisgenerizando o cuidado em saúde mental. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 66, p. e226613, 2022. Disponível em: < https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8672114 >.
LARROSA, Jorge. **Pedagogia profana.** Danças, piruetas e mascaradas. 6 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: < https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773 >.
LATHAM, J.R. (Re)making sex: A praxiography of the gender clinic. **Feminist Theory**, v. 18, n. 2, p. 177–204, 2017. Disponível em: < http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1464700117700051 >.
MACHIN, Rosana; PAULINO, Danilo Borges; PONTES, Júlia Clara de; et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3797–3806, 2022. Disponível em: < http://www.scielo.br/j/csc/a/cd97PnSf9Q3kLMRkDZCwx6b/ >.
MACK, Carlos André Chaves. **A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas.** 2015. 105 p. Dissertação (Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. (pp. 73-102)
STONA, José; FERRARI, Andrea. O Cissexismo como uma norma não escrita da psicanálise (Ou: para que serve o gênero à clínica?). **Revista Periódicus**, [S. l.], v. 2, n. 13, p. 102–118, 2020. Disponível em: < https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/34779 >.
viviane, V. S. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** 2015. 244 f. Dissertação (Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Corpos dissidentes e a transcolonialidade em pauta: práticas de cuidado e insurgências decoloniais em contextos urbanos

Camila de Freitas Moraes Garcia
Bianca Moreira Pinto
Débora Luiza Frazão Matos
Lucas Dourado Leão
Mayra Rodrigues Negrão
Paulo Vitor Barroso dos Santos

INTRODUÇÃO.

Pensar a cidade como um espaço neutro já não dá conta da realidade. As cidades são atravessadas por relações históricas de poder que influenciam quem pode viver, circular e simplesmente existir nelas. Nesse cenário, corpos dissidentes, especialmente travestis, pessoas transexuais e sujeitos LGBTQIAPN+, acabam sendo colocados à margem, como se não pertencessem plenamente ao espaço urbano. Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar como a cidade, enquanto dispositivo transcolonial de poder, produz exclusão de sujeitos dissidentes, ao mesmo tempo em que possibilita práticas insurgentes de cuidado e resistência. Ao mesmo tempo em que a cidade organiza e controla a vida, ela também se torna um lugar de disputa, onde surgem formas de resistência, existência e cuidado que desafiam essas limitações.

A partir disso, este debate aproxima a questão dos corpos dissidentes da ideia de transcolonialidade, como propõe Moraes (2024), ao compreender a transcolonialidade como um regime que articula colonialidade, normatividade e gestão diferencial da vida e da morte. Ao dialogar com o "direito à cidade" de Lefebvre (2001) e com a necropolítica de Mbembe (2018), fica evidente que a violência não aparece apenas em episódios isolados ou extremos. Ela está presente de forma estruturada, nos modos como a cidade funciona e define quem é reconhecido como sujeito e quem é empurrado para a invisibilidade e a precariedade.

Em Necropolítica, Mbembe amplia a ideia de soberania, mostrando que ela não diz respeito apenas a governar, mas também a produzir condições de morte, diretas ou indiretas. Isso acontece quando certos grupos são constantemente expostos à exclusão, ao abandono e à desumanização. Quando essa reflexão é trazida para o cotidiano urbano, Moraes mostra como a cidade pode operar como um espaço que esconde, silencia e exclui, especialmente pessoas LGBTQIAPN+. Ainda assim, é nesse mesmo espaço que surgem resistências: práticas coletivas que reafirmam o direito de existir e de ocupar a cidade.

Nesse sentido, olhar para a cidade a partir dos corpos dissidentes permite perceber duas coisas ao mesmo tempo: de um lado, os mecanismos históricos de controle e violência; de outro, as formas de resistência e cuidado que emergem desses contextos. A cidade deixa de ser apenas um espaço de exclusão e passa a ser também um campo de possibilidades, onde novas formas de vida podem ser construídas. A ideia de "cidade armário" ajuda a entender isso. Ela revela como a cidade pode funcionar como um lugar que exige silêncio, ocultamento e adequação às normas. Mas também aponta para a necessidade de romper com essas lógicas. Pensar a transcolonialidade é justamente abrir caminhos para desnaturalizar essas formas de controle e imaginar outras maneiras de existir no urbano com dignidade, visibilidade e diferença. Em última instância, o que está em disputa é o reconhecimento ontológico e político da existência desses sujeitos no espaço urbano. Um direito que não é dado, mas disputado todos os dias, nas brechas, nas resistências e nas formas coletivas de permanecer vivo e visível.

A CIDADE COMO DISPOSITIVO COLONIAL.

Partindo do proposto por Lefebvre (2001), o espaço urbano não é apenas físico, mas também um espaço de convivência socialmente produzido. É o palco da vida cotidiana, da ação humana, do habitar, do percorrer, do ocupar, do experimentar, do apropriar, do subjetivar, das memórias, da linguagem, dos símbolos, dos sentidos, dos conflitos e das contradições. Carlos (2020) destaca que o espaço é uma produção materializada da condição e realização da vida humana, isto é, um produto contínuo das práticas sociais e dos processos urbanos que imbuem o espaço de sentidos, revelando, portanto, que a natureza da cidade é social. Desse

modo, a cidade está intrinsecamente articulada com as relações e os modos de pensar e agir.

À vista disso, no fazer urbano, a cidade expressa relações de poder de variadas ordens, isso porque é um campo estruturado a partir de interesses hegemônicos que definem o uso legítimo e ilegítimo do espaço. Moraes (2020), afirma que a sociedade moderna se constitui regimentada pelos saberes e poderes referenciados nas estruturas coloniais, capitalistas, eurocêntricas, racistas, patriarcais, cisheteronormativas e elitistas. Isto significa que, como aponta Lugones (2020), com a invasão das Américas pelos povos europeus, foram inventadas e lançadas no imaginário social, noções de gênero, raça e sexualidade. Tais noções foram muito apoiadas na cosmovisão do colonizador, que persiste na configuração presente da América Latina (Moraes, 2024).

Marco, Santos e Möller (2020), evidenciam que, apesar da formação dos Estados-nação em países periféricos, vive-se ainda em um contexto marcado pela transição do colonialismo moderno para uma colonialidade global que, posiciona a América Latina à periferia e subordinação que é delegada aos "países de terceiro mundo". Isso ocorre não mais pela dominação territorial, mas epistemológica. Assim, as estruturas coloniais atuam nas instâncias do ser, do saber e do poder, de modo a conduzir as identidades, os papeis sociais, as instituições e a territorialidade a um destino hegemônico do projeto colonial, o qual adota como rumo a "figura eurocentrada, sendo essa, necessariamente, masculina, branca, elitista e cisheteronormativo." (Moraes, 2020, p. 51).

Todas as pessoas que não se enquadram na noção hegemônica da universalidade, portanto, aquelas que se encontram em dissonância à lógica colonial, são posicionadas enquanto corpos dissidentes que, compulsoriamente, experienciam a marginalização, a desumanização, a subalternação e a submissão a diversas manifestações de violência e exclusão (Moraes, 2024).

O conceito de direito à cidade emerge como reivindicação política, ou seja, o direito de produzir, habitar e transformar o espaço urbano. É um direito que promove a todos os sujeitos, participação ativa na construção, gestão e utilização da cidade, isso inclui o livre acesso de espaços que constituem a cidade e a vida urbana, a serviços públicos e a moradia digna, a mobilidade urbana e o lazer. (Lefebvre, 2001). No entanto, esse direito não se distribui de forma igualitária, dado que, como Carlos

(2020), ao questionar a cidade como sujeito na teoria urbana, aponta que o direito à cidade é projetado pelo capital enquanto um processo de produção social, atravessado pela desigualdade no espaço urbano.

Corroborando, Moraes (2024) defende que a desigualdade produzida pela convergência das estruturas coloniais de opressão, manifesta-se na negação do direito à cidade e à vida daqueles sujeitos que não se encaixam nos moldes da hegemonia colonial. Sendo assim, corpos dissidentes são frequentemente excluídos da cidade normativa, sendo empurrados para zonas de invisibilidade ou marginalidade pois, como apontam Marco, Santos e Möller (2020), a medida que uma classe dominante detém o poderio econômico, político, social e cultural sob os aspectos da cidade, não há interesse em tornar este espaço em um local de coabitação de diferenças. Logo, no processo de urbanização, Lefebvre (1968 apud Moraes, 2024), afirma que existem sujeitos que vivem segregados dos espaços urbanos, relegados às periferias e guetos.

A cidade pode ser compreendida como um dispositivo que regula corpos, tanto em relação aos lugares que podem ocupar quanto às formas de existência que podem expressar. Reconhecer a cidade enquanto um dispositivo colonial implica compreendê-la enquanto um núcleo populacional que se constrói como um espaço tanto para a reprodução da vida quanto para produção de morte (Moraes, 2024). Santos e Pinto (2020) salientam contradições na gestão biopolítica pelo Estado-nação que, ao passo que prioriza a vida, se utiliza de lógicas coloniais para justificar a violência, desigualdade, estratificação, segregação, hierarquização e da subalternização de determinados corpos, permitindo, assim, a abertura para um processo higienista a partir da não salvaguarda de direitos e garantias.

O Estado-nação distribui e classifica as populações de modo desigual. Mbembe (2003 apud Moraes, 2020), afirma existir uma necropolítica-estatal que opera sob vidas consideradas descartáveis, dispensáveis e abjetais, assim, suas estratégias de gestão urbanística atuam a partir da inventiva da raça e da sexualidade, pois, como colocam Santos e Pinto (2020), permitem a fragmentação social e, por conseguinte, a segregação da parcela social que não atende às normativas impostas pela gestão biopolítica e necropolítica do Estado-nação. Então, dentre esses mecanismos, está o racismo, sexismo e lgbtfobia que Foucault (2010 apud Santos; Pinto, 2020), compreende como um direito de eliminação.

A organização da cidade, então, é atravessada pela gestão que filtra os corpos que são circuláveis em determinados ambientes. Os dispositivos de controle dos espaços urbanos se expressam na posição social, jurídica, arquitetônica e na ocupação destes espaços, isto posto, a ausência e ineficácia jurídica para casos de violência racista, sexista e lgbtfóbica, omissão no atendimento a essas populações na rede pública de saúde, preconceito, processos de iluminação das vias públicas, moradia digna, transporte público, saneamento básico, espaços de lazer, alimentação de qualidade, educação, desempregos, subempregos ou trabalhos informais estão postos na organização biopolítica dos espaços urbanos em prol de uma sociedade "limpa", organizada e, sobretudo, produtiva (Moraes, 2020; Santos; Pinto, 2020).

A negação e separação referente aos usos e acesso à cidade e a vida urbana revelam os conteúdos da reprodução das relações sociais do colonialismo capitalista eurocêntrico, racista, patriarcal, cisheteronormativo e elitista. Isto "significa dizer que esta reprodução cria uma prática socioespacial em seu conjunto" (Carlos, 2020, p. 363). Então, sustentado por fantasias e imaginários oriundos do colonialismo, perpetuado em estereótipos e preconceitos que produzem discursos invertido de papéis, em que, o grupo opressor se percebe como vítima enquanto o grupo oprimido se percebe enquanto opressor.

Aqui, a figura universal percebe a cosmovisão colonial ameaçada pelos sujeitos que rompem com a lógica de dominação. Assim, a construção da "Outridade" inicia na fantasia que projeta aspectos negativos aos corpos marginalizados em um sistema mundial que estabelece uma política de inimizade para com tais inimigos dos poderes soberanos (Moraes, 2024; Mbembe, 2018 apud Moraes, 2020).

Diante do exposto, a suposta neutralidade e racionalidade presente na produção dos espaços da cidade, em verdade, produzem e reproduzem um campo de disputa em que ocorre a distribuição desigual do espaço, dos direitos e das garantias. Assim, sob uma matriz colonial, os corpos dissidentes, ao serem fixados enquanto a "Outridade" e inimigos do Estado-nação, expõem que os modos de vida e ocupação dos espaços corroboram com interesses de uma estrutura que se sobrepõem aos interesses coletivos.

NECROPOLÍTICA E A GESTÃO DA MORTE DOS CORPOS TRANS.

A necropolítica, conforme preconiza Mbembe (2018), ocorre quando o Estado-Nação exerce a expressão plena de sua soberania por meio de estratégias silenciosas e ideológicas que determinam a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. Ao ampliar a conceituação de biopolítica foucaultiana, configura-se uma política de morte, a qual visa gerar condições de risco em alguns grupos populacionais, seja por ações diretas ou pela negligência estatal.

Sob esse prisma, reflete-se que a violência de gênero misógina e transfóbica não se trata de uma questão atípica, mas de um "exercício cotidiano e costumeiro, invisibilizado e naturalizado enquanto algo estruturante da sociedade" (Grimm, 2015, p. 50). Desse modo, conforme pontuado pela autora, não seria suficiente apenas pleitear reformas por igualdade de direitos; seria necessário retomar as origens da violência de gênero em busca de uma transformação efetiva da sociedade. Contudo, a superação desse cenário demanda não apenas instrumentos sancionatórios, mas uma reeducação coletiva que questione as bases ontológicas de dispositivos de controle biopolítico. Este processo requer a ruptura com as normas cis-heteropatriarcais, enfrentar a violência de gênero implica descolonizar o pensamento e confrontar as estruturas de segregação das identidades dissidentes.

Diante disso, a transfobia não deve ser compreendida apenas como uma violência de nível individual, visto que existe uma “espécie de compreensão decolonial sobre a transfobia, onde a cisnormatividade e o cissexismo atuam como estruturantes de violência institucional, sociocultural, e existencialmente impregnadas” (Vergueiro, 2015, p. 70). Tal panorama converge para a perspectiva de Agamben (2004), ao demonstrar que, quando o Estado organiza a sociedade de forma a manter certos indivíduos à margem das garantias de direito, institui-se um processo de subalternização que despoja esses corpos de sua dimensão política. Uma vez que, destituídos de cidadania e inseridos em um dispositivo de exceção, são empurrados para uma condição existencial desprotegida, vulnerável e, por fim, inumana.

Essa dinâmica de exclusão e desumanização evidencia-se nos dados divulgados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) no Dossiê 2026, referente ao ano de 2025. O Brasil permanece,

pelo décimo oitavo ano consecutivo, como o país com o maior número de assassinatos de pessoas trans no mundo, apesar da subnotificação, o que explicita a materialidade da "necro-trans-política" denunciada pela instituição. Tal conjuntura expressa os efeitos da inércia estatal na produção de exclusões, violências e mortes físicas, sociais e simbólicas. Ademais, a permanência da transfobia estrutural, aliada à ausência de políticas públicas eficazes, compromete o acesso dessa população a direitos básicos e ao pleno exercício da cidadania (ANTRA, 2026).

No que diz respeito à trajetória da população trans no Brasil, observa-se que a dificuldade de acesso a direitos básicos por pessoas trans e travestis é um reflexo direto de um sistema que prioriza a preservação de normas tradicionais e identidades padronizadas em detrimento da diversidade. Sobre essa dinâmica, Bomfim (2023) descreve da seguinte forma:

> Durante muito tempo grupos étnicos, religiosos, culturais, sexuais minoritários estiveram à margem em relação ao próprio interesse do Estado. Este tinha um foco de reconhecimento de direitos apenas para aqueles que estavam performando o hegemônico. (Bomfim, 2023, p. 161).

Ratificando esse entendimento, Cruz (2021) argumenta que a segregação sistemática é a evidência de um projeto civilizatório excludente. De acordo com o autor, a precarização das condições de vida e de trabalho, no cerne do modo de produção capitalista, materializa-se na periferização de populações vulnerabilizadas. Dessa forma, a omissão estatal e a segregação urbana não apenas reiteram a subalternização desses sujeitos, como também consolidam um processo de apagamento social que os torna invisíveis perante as políticas públicas e o pacto de cidadania. Nesse cenário, o território periférico se concretiza enquanto espaço de exceção, onde a ausência de serviços essenciais e o cerceamento de oportunidades retroalimentam o ciclo de vulnerabilidade.

Em última análise, essa invisibilidade institucional ganha contornos ainda mais claros nos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2025), os quais revelam que apenas 25% das pessoas trans ocupam postos no mercado formal de trabalho, com rendimentos significativamente inferiores aos da população cisgênera. A exceção é a população entre 14 e 17 anos, na qual a taxa de participação trans é superior à média geral, o que pode indicar uma necessidade de entrada precoce no

mercado de trabalho. Nesse cenário, de acordo com a Aliança Nacional LGBTI+, Instituto Unibanco e Plano CDE (2025), mais da metade dos estudantes trans consideram a escola pouco ou nada segura, sendo que quase a totalidade se sente vulnerável devido à sua identidade ou aparência. O cenário de violência é crítico, com relatos expressivos de agressões físicas em 2024 e uma prevalência de insultos verbais que atinge 90% desse grupo, levando grande parte desses alunos a considerar a evasão escolar.

Portanto, os dados evidenciam que a exclusão escolar e a precariedade laboral atuam de forma impeditiva para os planejamentos de carreiras e projetos de vida. Ao comprometer a cidadania plena de pessoas trans desde a juventude, a desigualdade torna-se notória nas ocupações estigmatizadas, por muitas vezes ocupadas compulsoriamente, a falta de oportunidades dignas de subsistência torna essas trajetórias marcadas pela resistência à invisibilidade institucional.

Torna-se evidente que a violência institucional – concretizada pela ausência de garantias fundamentais, barreiras de acesso, invalidação identitária e patologização desses corpos e vivências – acarreta agravos que repercutem severamente na saúde física e mental dessas identidades dissidentes. Faz-se imprescindível a retomada das garantias de direitos para essa população, a fim de assegurar a preservação de sua dignidade e o estabelecimento de condições favoráveis à qualidade de vida.

A CIDADE ARMÁRIO E A TRANSCOLONIALIDADE.

A noção de “cidade armário”, tal como elaborada na tese de Moraes (2024), permite não apenas descrever dinâmicas urbanas de exclusão, mas tensionar a própria produção do espaço enquanto campo de disputa simbólica, política e afetiva. Nesse enquadramento, a cidade deixa de ser compreendida como mero cenário neutro e passa a ser lida como tecnologia de poder que organiza quem pode aparecer, circular, habitar e existir com dignidade. Trata-se de um dispositivo que não apenas silencia sujeitos dissidentes, aqueles que escapam às matrizes de inteligibilidade da cisheteronormatividade (Filho; Borges e Rodrigues, 2024), mas também os captura em regimes específicos de visibilidade: ora hipervisibilizados como alvos de controle, ora apagados como estratégia de negação de existência. A “cidade armário” captura e esconde os corpos que fogem

da norma padrão estipulada por conceitos pavimentados pela colonialidade do poder (Quijano, 2005), sendo assim, marginalizados e postos como periféricos ao que é intitulado correto, produzindo uma geografia desigual onde certos corpos são constantemente deslocados para as margens, tanto físicas quanto simbólicas, da cidade (Moraes *et al*, 2021). Desse modo, pessoas que performam e se expressam de maneira desviante ao imposto pelos modelos cis heteros normativos são colocados em uma categoria de não-sujeitos.

Ao articular essa noção com os debates sobre colonialidade, evidencia-se que os códigos morais que estruturam a vida urbana não são contingentes, mas heranças de um projeto histórico bem sucedido que instituiu hierarquias raciais, de gênero e de sexualidade como fundamentos da organização social (Moraes, 2024). Esses códigos seguem operando de maneira capilarizada, atravessando políticas públicas, práticas institucionais e relações cotidianas. Visto isso, não trata-se apenas de um passado colonial, mas sim de um presente que reverbera suas estruturas através de novos modos de opressão, apoiados por um sistema capitalista que subalterniza corpos dissidentes, escolhendo quais devem ser visibilizados e, como elaborado por Moraes (2024), dizibilizados.

Nesse sentido, a categoria de transcolonialidade aprofunda a crítica ao evidenciar que não se trata apenas de gerir a morte, como proposto pela necropolítica (Mbembe, 2018), mas de compreender como a própria produção da vida é regulada por dispositivos coloniais que persistem e se reatualizam. A transcolonialidade explicita que a violência não se limita ao extermínio físico, mas se desdobra na fabricação de subjetividades marcadas pela precarização, pela negação de reconhecimento e pela interdição do desejo. Logo, a expressão de gênero e sexualidade nesse contexto é determinante para a colocação tanto de privilégios quanto de subalternidades na "cidade armário" (Moraes *et al*, 2021), operando como uma engrenagem dessa racionalidade, ao impor limites às expressões dissidentes e ao produzir um constante estado de vigilância sobre corpos que escapam à norma cisheteronormativa, branca e burguesa, delimitando o campo de até que ponto há a possibilidade de ir e vir livremente. Assim, o que está em jogo é um regime de poder que administra não apenas quem pode morrer, mas sobretudo quem pode viver plenamente. Por conseguinte, é possível verificar como essa vigilância se manifesta tanto na materialidade urbana, na distribuição desigual de segurança,

mobilidade e acesso a direitos, quanto nas dimensões simbólicas, por meio de discursos que patologizam, criminalizam ou desmoralizam existências dissidentes.

Ampliando essa discussão, é possível compreender que a cidade armário também atua na dimensão psíquica, instaurando processos de interiorização da norma. O armário, nesse caso, não é apenas um espaço social, mas um regime de subjetivação que atravessa os sujeitos, produzindo autocensura, medo e estratégias de sobrevivência que implicam, muitas vezes, na fragmentação do eu. Tal dinâmica evidencia o quanto a violência urbana não é apenas externa, mas também incorporada, afetando profundamente os modos de existir e de se relacionar. Posto isso, torna-se necessário sempre compreender o contexto e atravessamentos que um sujeito está inserido, pois ao considerar somente os sintomas de sofrimento, silencia-se o cotidiano de opressões e violências das quais ele é exposto constantemente.

Contudo, é fundamental destacar que, mesmo sob essas condições, corpos dissidentes produzem fissuras nesse dispositivo, já que o ato de existir por si só é via de resistência e protesto contra a herança colonial, sendo continuamente desafiada pela presença desses sujeitos que reivindicam o direito de habitar a cena pública (Moraes, 2024). Desse modo, as fissuras abertas por essas presenças dissidentes revelam que a cidade, ainda que estruturada por uma lógica excludente, não se constitui como um espaço homogêneo e acabado, mas como um território em disputa, no qual diferentes forças se entrecruzam e se confrontam (Filho; Borges e Rodrigues, 2024). As práticas insurgentes, sejam elas coletivas, políticas, culturais ou micropolíticas, reconfiguram o espaço urbano e desafiam as normatividades impostas.

As ocupações, performances, redes de cuidado e estratégias de visibilidade tensionam a lógica da cidade armário, abrindo brechas para outras formas de habitar e significar a cidade, desafiando as normatividades impostas pelo que se denomina "cistema" (Moraes, 2024) e tensionando a necropolítica estatal (Mbembe, 2018). Nesse viés, o desejo e a identidade deixam de ser segredos ocultos e passam a ressignificar a cidade como um território de potência criativa e vida plural.

CORPOS DISSIDENTES E PRÁTICAS DE CUIDADO: INSURGÊNCIAS NO URBANO.

Os dispositivos clínicos e institucionais de saúde mental historicamente têm operado sob uma ótica hegemônica de saber que tende a se instituir como uma bússola universalizante, alinhando-se frequentemente a uma modalidade do discurso do mestre (Lacan, 1992), em que o saber instituído tende a governar e enquadrar o corpo e os modos de gozo dos sujeitos, silenciando a sua invenção particular. Assim, esses dispositivos não são espaços neutros ou apartados do tecido social, podendo atuar como uma engrenagem da "cidade armário" (Moraes, 2024). Impõe-se que a radicalidade da experiência dissidente seja traduzida e enquadrada nos códigos de uma nosografia estática e eurocêntrica.

Dessa forma, nossas práticas exigem uma postura de implicação que confronte os discursos coloniais sedimentados na urbanidade. Tornou-se comum nos depararmos com uma psicologia que, historicamente, operou como um mimetismo do Norte Global, além de uma ciência "importada" que herdou o projeto colonial de terminar e fragmentar a esfera subjetiva (Pavón-Cuéller, 2021). Em contraponto a essa universalidade, a subjetividade latino-americana emerge do hibridismo e da heterogeneidade (Halll, 2003). Ao reconhecer esse cenário, podemos questionar de que psicologias e práticas de cuidado falamos e a quem, de fato, nossa escuta endereça-se?

Propõe-se pensar um fazer produzido nos encontros e desencontros das margens, não como forma de estabelecer uma metodologia estática de "escuta decolonial", mas sim amparada à crítica desvelar a colonialidade como empreendimento epistemológico e domínio político-econômico, que exige ser implodido para que as vozes dos "perdedores da descolonização" possam ser escutadas (Mbembe, 2018; Ayouch, 2019).

Para determinados corpos e experiências, o encontro com as instituições formais configura-se como um embate contra um Outro estruturalmente violento, que demanda adequação à uma norma cisheteropatriarcal como uma condição primária para seu reconhecimento. Para às mulheres trans, travestis, pessoas não-bináries e toda gama de experiências dissidentes, observa-se o silenciamento e a redução à condição de objeto de intervenção, com uma compreensão sintomática que deve ser tutelado, patologizado ou ortopedizado.

Nesse sentido, é necessidade de um giro ético e epistêmico na compreensão da saúde mental dessas populações. O sofrimento psíquico relatado por esses sujeitos nas malhas urbanas constitui um efeito direto das fraturas no próprio laço social. Trata-se de um mal-estar enlaçado à precariedade produzida por uma racionalidade necropolítica, que administra a vida e a morte por meio do apagamento institucional e da violência estrutural. Ao individualizar esse sofrimento, confinando-o a uma dimensão puramente intrapsíquica, o modelo clínico tradicional exime a estrutura transcolonial de sua responsabilidade. Falha-se, assim, em reconhecer que exigir a adaptação de um sujeito a uma espacialidade que o rechaça cotidianamente, e que lhe interdita o direito de aparecer na cidade, é um ato de reiteração da própria violência que o adoece.

Desarticular o poder de captura desse dispositivo exige uma práxis que se recuse a operar como agente da normatização. Uma escuta verdadeiramente ética, quando tensionada pela crítica decolonial, pressupõe a destituição do profissional do lugar de "sujeito suposto saber", ofertando e sustentando um espaço onde o sujeito possa inventar suas próprias amarrações e construir vias possíveis de reconhecimento.

Diante da falha do Estado e da hostilidade do urbano, os corpos dissidentes instauram fluxos alternativos e redes comunitárias de sobrevivência. Esses circuitos coletivos de cuidado à margem da gramática hegemônica tensionam os espaços urbanos e tornam-se capazes de reconfigurar o tecido social, transformando a cidade de um espaço necropolítico em um campo possível de (re)invenção da vida. Assim, Reis (2015) reforça a ideia de que as próprias relações de gênero exercem força em nossa compreensão do espaço urbano geográfico e produtor de inter-relações, assim podemos enxergar o espaço como “esfera da possibilidade da existência da multiplicidade, na qual trajetórias distintas coexistem e estão em constante construção” (Reis, 2015, p. 24).

Diante da desarticulação promovida pela racionalidade decolonial e da hostilidade das instituições formais, o tecido urbano converte-se em um território de disputa. Silva, Ornat e Junior (2019), reforçando as ideias de Lefebvre, apontam o espaço para além da produção de objetos e bens materiais, mas de “práticas sociais, conhecimento e estruturas sociais e instituições” (Silva *et al.*, 2019, p. 74). É exatamente nos pontos de fratura da cidade normativa que os corpos dissidentes operam suas insurgências, recusando o lugar de abjeção ou de mero sintoma social.

Esses sujeitos inventam e sustentam novos laços sociais por meio de redes de apoio e coletivos de cuidado, na contramão do silenciamento e apagamento do estado.

Essas organizações, materializadas em casas de acolhimento LGBTQIAPN+, articulações políticas, coletivos artísticos e redes de suporte mútuo, operam como autênticos dispositivos de cuidado em saúde mental. Trata-se da oferta de um contorno simbólico, de um lugar de endereçamento onde o sujeito dissidente é escutado e validado em sua gramática própria, sem a exigência de tradução para a norma. As redes de afeto operam, assim, uma costura no Real da precariedade, restituindo a dignidade e a possibilidade de circulação na cidade.

A apreensão dessas práticas exige um olhar voltado aos fluxos institucionais e comunitários. Assim, podemos reconhecer rotas de sobrevivência e assistência desenhadas no espaço urbano em que o cuidado acontece de forma rizomática e, muitas vezes, à margem dos fluxos oficiais da saúde pública. Particularmente na tessitura de territórios periféricos e amazônicos, essas redes de apoio mobilizam saberes locais, práticas comunitárias de resistência e estratégias de redução de danos que respondem às especificidades de uma violência urbana atravessada por marcadores de classe, raça e território.

Portanto, a insurgência no urbano consolida-se na apropriação do espaço como um direito de existir e de forjar saúde. Os coletivos são produções sofisticadas de vida e de enfrentamento político que existem para além de respostas as falhas do Estado, nos ensinando que uma prática ética de cuidado pressupõe aliar-se aos saberes que essas populações já produzem nas ruas, legitimando as redes de afeto como a infraestrutura mais vital do direito à cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que o espaço urbano, longe de ser neutro, constitui-se como um dispositivo transcolonial atravessado por racionalidades necropolíticas que regulam de maneira desigual a distribuição da vida, da morte e do direito à cidade. A noção de “cidade armário” permite compreender como esses regimes operam por meio de estratégias simultâneas de invisibilização, controle e normatização das existências dissidentes. A exclusão urbana não é

acidental, é estrutural, projetada e costumeiramente reiterada por políticas de Estado, violência institucional e normas cisheteropatriarcais que patologizam, criminalizam e desumanizam existências de corpos dissidentes.

O conceito de transcolonialidade, revela-se uma ferramenta teórica potente para compreender que a colonialidade é um mecanismo que está posto nas dinâmicas urbanas atuais e não é somente resquício de desigualdades históricas. Diferentemente do pós-colonialismo, que situa o colonial no passado, a transcolonialidade aponta para sua permanência e transformação, demonstrando que a cidade hoje ainda opera sob a lógica colonial de hierarquização de vidas, corpos, saberes e territórios. Os dados apresentados não são meras estatísticas, são a materialidade de uma necropolítica que opera também pela precarização do trabalho, da educação e do acesso a direitos básicos, comprometendo projetos de vida desde a juventude.

Contudo, a cidade não se reduz a esse regime de violência. Os corpos dissidentes, ao ocuparem o espaço urbano, produzem fissuras nos dispositivos de poder, instaurando práticas coletivas de cuidado que reconfiguram o tecido social. Redes comunitárias, coletivos e articulações políticas emergem como formas de produção de vida que não apenas respondem à ausência estatal, mas afirmam modos próprios de existência, cuidado e resistência.

É fundamental convocar a psicologia a um exame crítico de si mesma. Se historicamente operou patologizando, silenciando e reduzindo a dissidência, o que se propõe é um fazer uma escuta que reconheça que o sofrimento psíquico de corpos dissidentes é efeito direto das rupturas do social, e não de uma suposta patologia individual. Cuidado ético, nessa perspectiva, é aquele que se alia aos saberes que as populações já produzem nas ruas.

Em síntese, afirmar o direito à cidade implica reconhecer que, para corpos dissidentes, existir no espaço urbano é, em si, um ato de insurgência. A transcolonialidade, enquanto perspectiva, permite não apenas desvelar as estruturas que sustentam a desigualdade, mas também evidenciar as brechas por onde emergem outras formas de vida. É nesse campo de tensão entre controle e resistência que se inscreve a disputa contínua por existência, dignidade e visibilidade.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004.

ALIANÇA NACIONAL LGBTI+; INSTITUTO UNIBANCO; PLANO CDE. **Pesquisa Nacional sobre o Bullying no Ambiente Educacional Brasileiro (2024).** São Paulo, 2025. Disponível em: < https://aliancalgbti.org.br/wp-content/uploads/2025/04/Relatorio_Pesquisa-Nacional-sobre-o-Bullying_Alianca-LGBTI-1.pdf >.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2025**. Brasília: ANTRA, 2026. Disponível em: < https://share.google/YBFmk7JQlAqG3F55Z >.

AYOUCH, Thamy. **Psicanálise e hibridez: gênero, colonialidade e subjetivações**. Curitiba: Calligraphie, 2019.

BOMFIM, Rainer. Pessoas trans e reconhecimento de direitos: análise jurídico-sociológica sobre as decisões do Supremo Tribunal Federal (2016-2021). **Meritum, Belo Horizonte**, v. 18, n. 3, p. 159-175, set./dez. 2023. Disponível em: < https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/8973 >.

CARLOS, Ana. Henri Lefebvre: o espaço, a cidade e o “direto à cidade”. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.349-369, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/rdp/a/3cBsV3Vx7Yvw9SqvcqyVrbc/?format=pdf&lang=pt >.

CRUZ, Marcelo Karloni da. **Ditadura dos "bem-nascidos"**: **necropolítica urbana, eugenia e autoritarismo no Brasil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

DUTRA, Arícia Maria Alves. **Em defesa do cidadão de bem:** o papel do Estado ciscolonial na violência contra corpos trans no Brasil. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2024. Disponível em: < https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/32950 >.

FILHO, Miguel Pacífico; BORGES, Thelma Pontes; RODRIGUES, Wallace. Reflexões epistemológicas sobre a cidade-armário e grupos lgbtqia+. **Revista Cidades**, Brasil, v. 16, n. 26, p. 60–85, 2024. Disponível em: < https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/cidades/article/view/13443 >.

GOMES, Romeu. Corpos dissidentes que se reinventam. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, e00012024, 2024. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0102-311XPT012024 >.
GRIMM, Raíssa Éris Cabral. **Abrindo os códigos do tesão: encantamentos de resistência entre o trans-feminismo pós-pornográfico**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina (Centro de Filosofia e Ciências Humanas): Florianópolis, 2015.
HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **A inserção e as características das pessoas trans no assalariamento formal**. Nota Técnica nº 2, BMT nº 80. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: < https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/09d317ff-dd39-4e89-af8f-685319b52baf/content >.
LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.
LUGONES, María. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloisa B. de (org.). **Pensamento feminista hoje**: **perspectivas decoloniais.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
MARCO, Cristhian; SANTOS, Paulo; MÖLLER, Gabriela. Gentrificação no Brasil e no contexto latino como expressão do colonialismo urbano: o direito à cidade como proposta decolonizadora. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, 12, p, 1-13, e20190253, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/urbe/a/jDnn-bHFHvQG5vGpTL8zktvz/?format=pdf&lang=pt >.
MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** Tradução: Renata Santini. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.
MORAES, Camila de Freitas *et al*. Cidade armário: corpos, sexualidade e subversão. *In*: SILVA, Marcelo da Fonseca Ferreira da (org.). **Políticas públicas e mobilidade urbana**: uma compreensão científica da atualidade. 1. ed. [*S. l.*]: Científica digital, 2021. v. 1, cap. 7, p. 107-117. ISBN 978-65-87196-78-7. Disponível em: < https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/201202415 >.

MORAES, Camila de Freitas. **Descolonizando a "Cidade Armário":** as filhas da Chiquita e o direito de existir. Pelotas: UCPEL, 2024. Disponível em: < https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2021/04/Camila-de-Freitas-Moraes-27-11-2020.pdf >.
MOREIRA, Reginaldo et al. Quando corpos dissidentes proclamam seus lugares como corpos diz-sonantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, e05962023, 2024. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.05962023 >.
PAVÓN-CUÉLLAR, D. Hacia una descolonización de la psicología latinoamericana: condición poscolonial, girodecolonial y lucha anticolonial. **Brazilian Journal of Latin American Studies,** v. 20, n.39, 95-127, 2021.
QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: < https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf >.
REIS, Maíra Lopes. Estudos de gênero na geografia: uma análise feminista da produção do espaço. **Espaço e Cultura**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 11–34, 2015. Disponível em: < https://www.e-publicacoes.uerj.br/espacoecultura/article/view/29067 >.
SANTOS, Luana; PINTO, Gerson. A biopolítica e os contornos da cidade: uma análise dos mecanismos de gerenciamento a partir de Michel Foucault. **Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade**, v. 6, n. 1, p. 59-79, 2020. Disponível em: < https://www.indexlaw.org/index.php/revistaDireitoUrbanistico/article/view/6452/pdf >.
SILVA, Joseli. Maria.; ORNAT, M. J.; JUNIOR, A. B. C. É a partir do corpo que se percebe e que se vive o espaço, e que ele se produz. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 3, n. 41, 2019.
VERGUEIRO, viviane. **Por uma compreensão decolonial da transfobia**. 2015. 165 f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

A internação compulsória na interseção das políticas de exclusão social

Yan Lima Damasceno
Mariana Soares Saraiva
Vitória Maria França de Paula
Daniel Miranda Baia Arnaldo
Emanuela Fernanda da Conceição Costa
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho

INTRODUÇÃO.

A internação compulsória opera, ao longo de toda a história da institucionalização da psiquiatria brasileira, enquanto um dispositivo de violência estatal e exclusão social, sendo considerada, conforme o Conselho Federal de Psicologia (2013), uma violação dos direitos civis e uma abordagem equivocada frente às complexas questões relacionadas às políticas antimanicomiais no Brasil. A Lei n.º 10.216/2001, também chamada por vezes de Lei da Reforma Psiquiátrica, oficializa a derrubada do modelo hospitalocêntrico pela reorganização do modelo assistencial em saúde mental, que tem como princípio fundamental a garantia de direitos para os indivíduos em sofrimento psíquico a partir do cuidado em liberdade, territorializado e em comunidade. No entanto, mesmo diante de um cenário de avanços contínuos, a legislação ainda prevê, em alguns artigos, a possibilidade de internação.

Em seu Art. 6º, a referida lei prevê que "a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos", dividindo-a em três modalidades, a saber:

> Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
> I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
> II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
> III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Já no Art. 9º estão descritas as condições para que ocorra uma internação compulsória:

> Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Assim, o que se observa é que houve e ainda há a possibilidade de brechas na Lei n.º 10.216/2001 para propor a internação compulsória de indivíduos, principalmente, como veremos, daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, estando muitos inseridos na população em situação de rua. Utilizamos o conceito de "população em situação de rua", ou "Pop Rua", em concordância com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, onde se afirma que

> [...] considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

Sendo uma população majoritariamente negra, que causa a repulsa de uma sociedade estruturada sob os pilares do racismo, seja antes ou depois do regime oficialmente escravocrata, é contundente para o argumento que dá fundamento à brecha da internação, identificá-la como uma saída para o afastamento dessa população do campo de visão da cidade. O que veremos é que o que se busca não é o tratamento ou o cuidado, mas a exclusão social. Desse modo, tanto a população em situação de rua, quanto as pessoas que fazem uso de substâncias são deslocadas para o paradigma da internação compulsória.

A partir disso, é importante direcionar o olhar para o que aqui chamou-se de brecha. Ela é, na verdade, produtora e produto de uma operação discursiva que busca, de um modo ou de outro, construir uma realidade envolta do normal e do anormal, do racional e do irracional, bem

como do seu entrelace com o paradigma da loucura e da internação. Trata-se de um discurso que busca a regulação dos corpos e, assim, incide sobre o direito de circular pela cidade e participar da vida coletiva em sua plenitude. Foucault (1999) compreende o discurso enquanto uma dimensão histórica, que fornece os enunciados para compor as vontades, os desejos, e o que ele mesmo, em si, objetiva. Portanto, tais discursos constroem conhecimento, definindo o que está ou não está sob o regime da verdade, assim como também define os sujeitos em seus sistemas de lugares, como, no caso do presente trabalho, daqueles que estão ou não passíveis da loucura e da internação.

Este sistema de lugares só é possível através de um poder dado historicamente à razão, ao saber, algo que Michel Foucault[1] também explora sob o conceito de saber-poder. Tamanho conceito nos permite conceber a maneira como o poder molda as formas de saber, enquanto, pela via inversa, o saber legitima as relações de poder (Foucault, 1999). Assim, nas instituições psiquiátricas, encontram lugar para uma parte daqueles indivíduos que fogem do que se interessava para as civilizações em busca de avanço, pela garantia da ordem e do progresso das cidades. A internação compulsória, então, se enquadra como um produto do saber-poder psiquiátrico, e assim ela circula não apenas no discurso do campo científico, mas nas comunidades, capilarizada nas instituições[2], o que fundamenta ainda mais a sua afirmação de verdade, pautada no sofrimento, na violência e na exclusão.

O que aqui se busca explorar é justamente as unidades dessa grande equação de poder e discurso cujo produto é a internação compulsória, entendendo que aqueles postos como objetos não se apresentam enquanto uma incógnita, mas são contextualizados por questões outras, perpassadas pelas dimensões de raça, gênero e sexualidade. Em consonância com Ribeiro (2023, p. 48), no contexto brasileiro, mostra-se impossível "dissociar políticas de saúde, de drogas, de atenção à população negra, de atenção à população em situação de rua, de segurança pública e de justiça". Assim, nos equivaleremos da ideia de interseccionalidade

[1] Ver *Microfísica do poder*, coletânea organizada por Roberto Machado (1998), em que Foucault explora a temática do poder em suas diversas nuances.

[2] As escolas, os hospitais e a família são algumas das instituições pelas quais o poder flutua e a sua relação com o saber se difunde, inclusive acerca do paradigma da internação compulsória.

como lente analítica para compreender como a internação compulsória incide sobre corpos que se afastam da noção hegemônica de normalidade.

A INTERSECCIONALIDADE.

O conceito de interseccionalidade, desenvolvido nos estudos feministas e incorporado às discussões sobre políticas públicas, assume, conforme Crenshaw (2002), uma conceituação metafórica, ao analisar como diferentes sistemas de opressão, como racismo, patriarcado e desigualdade de classe, se cruzam e produzem desigualdades estruturais e dinâmicas. Dialogando com essa perspectiva, Carla Akotirene (2019) amplia a conceituação de interseccionalidade ao enfatizar as múltiplas vivências e atravessamentos que estruturam a vida de cada sujeito, em especial da mulher negra. Nesse sentido, como destaca Akotirene em sintonia a Crenshaw, há uma "inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais" (Akotirene, 2019, p. 14), o que evidencia a necessidade de se considerar essas interseccionalidades ao analisar as políticas públicas e os mecanismos de exclusão social.

Nesse cenário, a análise interseccional permite problematizar como a lógica da "discriminação ativa" (Ribeiro, 2023, p. 48) pode se materializar na atual política de drogas, especialmente em medidas como a internação compulsória, ao se entrecruzar com as políticas de saúde e de segurança pública. Tais políticas, em vez de mitigar desigualdades, operam como mecanismos que perpetuam processos históricos de exclusão e marginalização de indivíduos em função de sua raça, gênero e condição socioeconômica. Não é possível discutir e implementar políticas de atenção à saúde voltadas a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas sem considerar o descaso histórico e a marca intersetorial de "políticas contemporâneas que excluem indivíduos em função de sua raça e de seu gênero" (Crenshaw, 2004 *apud* Ribeiro, 2023, p. 48). Ao analisar a internação compulsória à luz das políticas públicas e da Psicologia Social, torna-se possível articular a dimensão política e jurídica dessa medida com suas implicações sociais. Observa-se, portanto, que a internação

atua como um dispositivo de controle e marginalização de corpos historicamente considerados indesejáveis, cujos direitos e cidadania foram sistematicamente negados (Conselho Federal de Psicologia, 2025).

É preciso problematizar e tensionar essas políticas, reconhecendo sua relação estreita com as "diversas formas de manifestação do racismo, com o genocídio da população negra, com a necropolítica e com a colonialidade do poder punitivo" (Ribeiro, 2023, p. 49), compreendendo de que modo esses elementos se inter-relacionam na produção de vulnerabilidades sociais. Desse modo, evidencia-se o papel do Estado que, sob o pretexto de proteção, atua por meio de agentes que operam numa lógica de produção de morte, justificando suas ações em nome da segurança, da lei e da ordem social. A política de drogas contemporânea se configura efetivamente como uma política de guerra direcionada contra pessoas pretas, jovens e pobres.

O MARCADOR RACIAL NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.

A internação psiquiátrica se organiza como um "arranjo técnico-administrativo e médico-estatal de saber-poder" (Prado, 2023, p. 5). Tais arranjos aparecem na relação brasileira com a questão da loucura desde muito cedo, com a instauração do primeiro manicômio do sul da linha do equador, o Hospício Dom Pedro II. Assinado pelo próprio Imperador em seu primeiro decreto após a coroação, o hospício foi inaugurado em 1852, com o objetivo de elevar o Brasil ao patamar cívico europeu, de forma a reproduzir o que ficou conhecido como *asilo dos alienados*. Tratava-se de uma representação da modernidade científica europeia que produzia a loucura enquanto excesso dos seus avanços industriais, algo que se apresentava no discurso médico através de figuras como o *médico alienista* François Jouin (Teixeira; Ramos, 2012).

O império agora se vangloriava em mostrar que havia um lugar para todos aqueles que fugiam aos ideais da civilização, e a ideia de assistência só passou a apresentar seus primeiros passos 50 anos depois, em 1903, com a promulgação da lei de assistência aos alienados. E é neste cenário que a questão racial já apresenta uma série de inquietações. De acordo com Teixeira e Ramos (2012), muitos médicos se encontravam curiosos pelo fato de que as pessoas negras, mesmo já representando a metade da população brasileira, quando se tratava do Hospício Pedro II, se

apresentavam de forma ínfima entre os enfermos em comparação aos imigrantes europeus e seus descendentes. Desse modo, a ideia do negro enquanto um ser primitivo cuja necessidade era de extinção demográfica precisava tomar outros rumos. Se os avanços econômicos da Europa se apresentavam enquanto condição para o seu excesso de loucura, e o negro era justamente aquele em que ela não alcançava, então era lógico para o saber médico acusá-lo enquanto um impedimento para o desenvolvimento do país.

> O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido (Costa, 2007, p. 50).

Por outro lado, o louco ainda era se encontrava, no tecido social e no discurso psiquiátrico hegemônico, enquanto "adversário social, como perigo para a sociedade" (Foucault, 1973 *apud* Prado, 2023, p. 5), e não haveria qualquer motivo para não associá-lo ao negro. Este, em uma contradição ao que foi constatado por médicos como Jouin sobre o Hospício Pedro II, também deveria se encontrar com a loucura. Assim se inicia a fundamentação da psiquiatria sob as bases da eugenia[3], já que este campo de saber era atravessado por influências culturais, sociais, morais e biologicistas presentes ao longo de sua consolidação (Costa, 2007). Um exemplo disso se encontra na Teoria da Degenerescência de Benedict-Augustin Morel, que afirmava a contribuição da hereditariedade e da moral para a compreensão da etiologia da loucura. Essa contradição apontava que o que sempre esteve em jogo era a primitividade do negro, e ela precisava encontrar lugar no discurso enquanto uma justificativa que desse conta do controle e da continuidade da colonização de um corpo que agora não poderia mais ser contido por um regime escravocrata.

[3] Trata-se de um conceito criado pelo fisiologista inglês Galton, que implica "o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente" (Pequignot, 1970, p. 731 *apud* Costa, 2007, p. 49)

O que se tinha era um medo branco pela população recém-liberta, algo que se demonstra com a inauguração do Código Penal em 1890, apenas dois anos após a abolição da escravatura, enquanto a própria Constituição da República só se oficializou um ano depois, em 1891 (Fausto, 1984). Um Código Penal se estabelecia justamente enquanto uma resposta para uma das principais demandas de uma classe hegemônica e branca cada vez mais preocupada com a ordem pública e com o controle social. Em seu Artigo 402, por exemplo, criminalizava-se a *capoeiragem*, prática de grande importância cultural para a população negra (Fausto, 1984, p. 35).

O poder, sob a justificativa do controle social, se estabelecia com caráter impositivo, pelo uso da força policial, que conseguia respaldo no aparato jurídico. Sobre isso, Patto (1999, p. 171), ressalta:

> [...] os donos do poder não hesitaram em valer-se, até a náusea, da violência física para imobilizar os indesejáveis. Este fato põe em dificuldade a tese de inspiração foucaultiana segundo a qual, no marco das greves operárias do primeiro período republicano, a ineficácia das medidas punitivas e policialescas de controle da força de trabalho teria levado à introdução de tecnologias de adestramento e controle nas fábricas e de gestão científica da miséria lideradas por médicos, quer pela higienização dos corpos e das casas populares, quer pela imposição ao povo de normas familiares burguesas, quer pela apropriação da infância pobre pelo saber médico, quer pela expansão de instituições disciplinares como hospícios, reformatórios e escolas.

Em resumo, antes mesmo da consolidação do discurso da criminologia racial de figuras como Nina Rodrigues, inspirado nas teorizações de Cesare Lombroso[4] na Europa, a eugenia já se apresentava como constituinte do aparato jurídico brasileiro para a manutenção do controle e continuidade da colonização da população negra. O discurso psiquiátrico entrava neste cenário, então, como possibilidade de fomento, promovendo, "no início do século XX, todo um programa de combate à mestiçagem e de 'arianização da raça brasileira', sustentado notadamente pela

[4] Para maior aprofundamento acerca da criminologia racial brasileira na relação entre Nina Rodrigues e Cesare Lombroso, ver Góes (2016).

Liga Brasileira de Higiene Mental" (Pereira, 2008, p. 494) e pela Comissão Central Brasileira de Eugenia[5].

O esforço de localizar o negro na estética da loucura, ou seja, no sistema de lugares entre o normal e o anormal, levou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) a adotar, principalmente a partir de 1926, uma série de procedimentos eugênicos que destinavam-se à prevenção da *doença mental* nos indivíduos sadios, evitando uma herança biológica negra, anormal e moralmente desviante que pudesse produzir alguma predisposição a loucura. Além disso, também se realizava uma associação entre o negro e o alcoolismo, o que o apontou como alvo de um antialcoolismo promovido pela LBHM a partir de 1930, apoiados, inclusive, pelo próprio Estado e sua instituição policial (Costa, 2007).

Lima Barreto, homem negro e um dos influentes nomes da literatura brasileira, foi levado pela polícia ao Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, no dia 25 de dezembro 1919, devido a seu uso de álcool (Patto, 1999). Em seus registros, o escritor relata uma série de vivências entre os internos.

> Entrei para a Pinel, para a seção dos pobres, dos sem-ninguém, para aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável e mais cortante.
> O mobiliário, o vestuário das camas, as camas — tudo é de uma pobreza sem-par. O acúmulo dos doentes, o sombrio da dependência que fica no andar térreo e o pátio interno é quase ocupado pelo pavilhão das latrinas de ambos os andares — tirando-lhe a luz, tudo isso lhe dá má atmosfera de hospital, de emanações de desinfetantes, uma morrinha terrível.

Sobre o caráter racial na internação, o autor escreve:

> Na Seção Pinel, num pátio que ficavam os mais insuportáveis, dez por cento deles andava nu ou seminu. Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma

[5] Fundada por Renato Kehl em 1931, representou a consolidação do discurso eugenista no Brasil, que ainda se encontrava muito difuso pelas literaturas. Abarcava não apenas a higiene mental, mas também as ciências biológicas e a medicina em geral (Stepan, 2005)

> porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento (1919, p. 63).

Hoje, o principal fator que impulsiona o discurso acerca da necessidade da internação compulsória para o controle de corpos indesejáveis é justamente o uso prejudicial de álcool e outras drogas, especialmente em contextos de grande vulnerabilidade social, como as chamadas "cracolândias" e a população em situação de rua em geral. Isso se apresenta, por exemplo, no discurso de Eduardo Paes, prefeito do Rio de Janeiro, em suas redes sociais em 2023. Na declaração, o político afirma ter apresentado ao médico e então secretário municipal de saúde do Rio de Janeiro Daniel Soranz uma proposta que visava implementar a internação compulsória de usuários de drogas:

> Não é mais admissível que diferentes áreas de nossa cidade fiquem com pessoas nas ruas que não aceitam qualquer tipo de acolhimento e que mesmo abordadas em diferentes oportunidades pelas equipes da prefeitura e autoridades policiais, acabem cometendo crimes. Não podemos generalizar, mas as amarras impostas às autoridades públicas para combater o caos que vemos nas ruas da cidade, demanda instrumentos efetivos para se evitar que essa rotina prossiga (Paes, 2023).

O discurso ecoou como uma das maiores pautas dos dias que seguiram a sua publicação, se deparando com críticas de órgãos como, de acordo com o jornal CNN Brasil (2023), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), que julgou a internação como uma prática ineficaz no quesito segurança e saúde pública, além de ser antiética. Desse modo, a internação continuaria representando a lógica higienista propagada há décadas atrás pela LBHM, impedindo a circulação pela cidade de um excedente populacional que não pode ser, de maneira alguma, desracializado.

A população negra se encontra de forma expressiva entre a população em situação de rua, o que pode ser observado em algumas das principais capitais brasileiras: 83,7% no Rio de Janeiro de acordo com dados do 2º Censo de População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro (2022); 70% em São Paulo, de acordo com o Censo da População em Situação de Rua de 2020 e 82% em Belo Horizonte, como demonstrou os dados da Secretaria Municipal de Políticas Sociais de 2017 (Mariano,

2017; Sobrinho, 2020 *apud* Oliveira; Martins, 2022). Outros dados apresentados no Cadastro sobre a população em situação de rua no país, organizado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), em dezembro de 2022, revelam um perfil predominantemente masculino (87%), adulto (55% entre 30 e 49 anos) e negro (51% pardos e 17% pretos). Assim, o que se tem como cenário atual para o discurso que ainda instiga a internação compulsória como saída para dar conta da população em situação de rua precisa ser racializado. Uma vez que isso ocorre, se desvela a marca do racismo que ainda paira sobre o discurso político e médico, demonstrando a urgência de se encontrar o lugar da raça na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entende-se que é somente através deste desvelamento, ou seja, a partir do momento em que se conhece de fato os perfis dessa população, que se pode pensar em políticas públicas não apenas de amparo, mas, neste caso, para dar conta de uma dívida histórica.

MARCADORES DE GÊNERO E SEXUALIDADE NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.

Seguindo pela lente da interseccionalidade, é imprescindível se debruçar sobre a população LGBTQIA+ enquanto um grupo que foi e ainda é atravessado pelo paradigma da internação compulsória através de uma patologização das suas experiências. Sob o saber psiquiátrico hegemônico, essa população é circunscrita enquanto dissidência dos valores culturais, sociais e morais que constituem a psiquiatria produtora e produto da cisheteronorma, encontrando neste cenário fundamento para que sejam alvo da violência urbana e do abandono estatal. No caso da homossexualidade, Foucault (*apud* Afonso, 2024) destaca que, na passagem do século XIX para o XX, houve a sua transmodificação enquanto uma perversão sexual, sendo direcionada à formação de um indivíduo de controle. O que ocorria era uma transição da sodomia, como ato, para o homossexual, o indivíduo, e a violência a ele direcionada e estendida para o grupo a qual pertence não se daria mais de forma geral, mas institucional e direcionada.

Como visto, é a partir do discurso médico legal vigente que a transformação do país em um lugar civilizado recebe apoio e entra como mecanismo de legitimação do Estado. Esse discurso operará, então, sob a

tentativa de localizar a experiência LGBTQIA+ no sistema de lugares entre o normal e o anormal, com a suposta intenção de salvar doentes e proteger inocentes. Nesse sentido, é válido considerar o que diz Borrillo (*apud* Mariusso, 2015, p.108):

> A interpretação proposta pela medicina – e, em sua esteira, pela psicanálise – a respeito da homossexualidade será, por si só, uma forma de homofobia, já que a diferença nunca é procurada com o objetivo de integrá-la em uma teoria pluralista da sexualidade normal, mas, exatamente o contrário, vai situá-la nas categorias da doença, neurose, perversão ou excentricidade.

Existem registros, ainda, acerca da patologização da sensibilidade expressa por homens e sua consequente alocação como sinal definidor de uma "doença mental", sendo nomeada como histeria masculina.

> Embora os psiquiatras não conseguissem chegar a um acordo quanto à constituição física característica da "personalidade masculina histérica", esta seria consensualmente delineada a partir dos seguintes traços: extremamente suscetíveis e volúveis, vivamente impressionáveis e excessivamente vaidosos e caprichosos (Abreu, 1890, p. 11). A construção do perfil do homem histérico tendia, portanto, a privilegiar a herança materna e/ou seus traços supostamente femininos (ENGEL, 2008, p. 175).

A caracterização de uma patologia mental com base em uma ciência sexual, por mais que esteja subjugando homens, revela seu caráter cisheteronormativo através de uma misoginia velada, problematizando características enquadradas como femininas e elencando-as como anormais. A histeria, portanto, tanto masculina quanto feminina serviria ao propósito de marginalização e psiquiatrização da afetividade. Vale ressaltar, ainda, que a manifestação desses sintomas passa por uma segunda discriminação dependendo da racialidade do paciente: para pessoas brancas, encontra-se um número maior de detalhes expressos em prontuários e uma tentativa de estudar e se entender os motivos e acontecimentos passados que resultaram em tal cenário; para pessoas negras, atribui-se tais traços como decorrentes da degenerescência e inferioridade sociocultural desse grupo (Engel, 2008).

Destarte, o modelo de segregação podia se manifestar de forma indireta, como a repulsa do mercado de trabalho às pessoas "anormais", e de

formas mais diretas, como a criminalização de comportamentos e modos de vida. No primeiro caso, frente a impossibilidade de muitos meios de adquirir renda, o que resta são justamente as possibilidades que tornam essas pessoas alvos de violência e repressão policial, como por exemplo as vielas da prostituição, muito presentes principalmente na experiência de mulheres trans e travestis. Assim, é possível afirmar que há uma ação efetiva para a destruição e restrição da existência dessa população no tecido social.

De modo prático, isso se cria por meio das medidas de segurança e presunção de periculosidade: não só baseados nas proposições racistas da ciência, são anexadas ao código penal contravenções relativas à vadiagem e mendicância em 1941, durante o Estado Novo de Getúlio Vargas. Considerados perigosos, os delitos de vadiagem e mendicância corresponderiam, respectivamente: à entrega à ociosidade, sem providência de subsistência ou fonte de renda ainda que o indivíduo esteja apto para o trabalho – sendo extinguida a pena com a aquisição de emprego; mendigar por cupidez ou desocupação, aumentando a pena caso envolva simulação de enfermidade, atos vexatórios ou ameaçadores e em companhia de "alienado" ou menor de dezoito anos.

A pessoa em situação de rua, portanto, cometeria tal delito ao mendigar até o ano de 2009, não sofrendo penalização após a revogação através da Lei nº 11.983/09 (BRASIL, 2009). A vadiagem, em contrapartida, segue como contravenção, apesar das críticas embasadas na afirmação do caráter racista e de incitação à criminalização da pobreza devido à arbitrariedade do termo. Quem constitui essa população? Quais os principais motivos que as levaram a essa realidade? Quais os principais marcadores de desigualdade encontrados neste grupo? Apesar dos dados não serem completos e existir a presença da subnotificação, é interessante especificar quanto ao gênero e sexualidade dessas pessoas. A afetação experienciada por mulheres é complexificada diante da sociedade patriarcal e a vulnerabilidade e violência que ela gera. Olhares, falas, suposições, vestimentas e ausência delas, violações do corpo, exposição da intimidade, higiene pessoal, impossibilidade e discriminação no acesso à serviços de saúde, moralização da inserção na drogadição e prostituição, silenciamento, dizer "não": todos são cenários de vulnerabilidade e não-proteção decorrentes da vivência nas ruas (VIECZOREK, 2022).

Conflitos familiares, desemprego e dependência química em álcool e outras drogas estão entre os principais motivos que ocasionam a situação de rua. É interessante observar que, nesse sentido, a expulsão do lar para pessoas LGBTQIA+ e a falta de qualquer assistência quanto a sua sobrevivência se torna um fator de destaque, decorrentes da cisheteronormatividade. Apesar da sodomia – prática de estar fora da norma sexual – não se configurar como delito desde 1830, as formas de exclusão se reatualizam e se metamorfoseam garantindo a manutenção de uma sociedade desagregadora. É nesse contexto que há uma dupla discriminação: para além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e alimentação, por exemplo, pela situação de rua, quando conseguem, essas pessoas são submetidas ao possível apagamento de suas identidades de gênero e violências diversas pela sua orientação sexual. Tais violências são manifestas não apenas pelo endereçamento direto de preconceitos como também pelo descaso, negligência no acolhimento e escuta de demandas, estigmatização e tentativas de internação sem causa aparente manifesta – somente como tentativa de tirar a pessoa da situação de rua. A indiferença se apresenta como uma nova maneira de sujeição do outro, pelo apagamento de narrativas, desejos, individualidades, pensamentos e mesmo de enfermidades – não se dá a chance para o outro Ser. Assim, a invalidação das demandas e direitos apresentados por esses grupos vulnerabilizados se enquadra, portanto, como uma desumana forma de segregação.

Esse controle que se fantasia de uma ação virtuosa e moral deu lugar à diversas formas de violência. Uma que causou – e causa – sofrimento aos jovens LGBTQIA+ até hoje são as terapias de conversão ou as tentativas de "cura" para essas "perversões". Ao se procurar um tratamento para mudar uma condição supostamente doente, muitos médicos ignoraram os efeitos iatrogênicos que seus métodos apresentavam. Desse modo, efeitos colaterais se manifestaram, como "exacerbação de sentimentos de ansiedade, culpa e depressão pela própria homossexualidade entre os pacientes, o desenvolvimento de comportamento assexual em pessoas submetidas a terapias aversivas, e a construção de famílias heterossexuais 'disfuncionais', devido ao incentivo para que as pessoas se casassem com parceiros/as do sexo oposto" (Haldeman *apud* Garcia; Mattos, 2019, p. 55).

Outro fenômeno social relevante que surgiu com essa nova necessidade de controle foi a criação de uma instituição para conter não apenas esses "perversos" estranhos, mas outras pessoas vulneráveis que seriam categorizadas com alguma patologia psiquiátrica: os manicômios judiciários. Eles surgem como suposta consequência das tensões que o crescimento urbano trouxe para a organização social, como aumento da criminalidade, crescimento exponencial das cidades, reorganizações produtivas e aumento do desamparo estatal em relação aos miseráveis e trabalhadores precarizados. A loucura, portanto, é caracterizada como todo funcionamento desviante, desumanizado. Portanto, a partir da criminalização da anormalidade, a deposição do indesejado em espaços específicos, sob pretexto de fins terapêuticos, para tal finalidade se torna mais eficiente e objetiva.

O descomprometimento do Estado com o enfrentamento dessa questão social, tornando-a como uma coleção de experiências individuais, despolitizando-a da esfera pública através do não encaminhamento de políticas públicas para abarcar este cenário apresenta-se como ação política de extermínio de parcela da população, marginalizando e higienizando o imoral e o indesejado do convívio social e inviabilizando-o como forma de ser no mundo. Nesse sentido, essa conjuntura, histórica no processo estrutural do Brasil, evidencia que o entrelaçamento entre o patriarcado, o racismo e o capitalismo perpassam a saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Visibilizar políticas de interseccionalidade é fundamental para evidenciar as múltiplas opressões que recaem, sobretudo, sobre usuários de drogas e pessoas em situação de rua, cujas experiências são atravessadas por diferentes marcadores sociais e que possuem a internação compulsória como horizonte histórico de exclusão social. Ela se apresenta como brecha material e de discurso, representando um grande fantasma para uma luta antimanicomial, que, diante da crise da psiquiatria hegemônica, desde Franco Basaglia e sua Psiquiatria Democrática, aponta para a necessidade de novos modos de lidar com o que antes era apresentado como *tratamento da doença mental*, sendo substituído, agora, pela promoção à saúde mental (Birman, 1976 a*pud* Amarante, 1998).

Diante disso, entende-se a Internação Compulsória como um projeto político pautado em uma prática higienista e nociva à população, principalmente em contextos de vulnerabilidade social, o que reflete e perpetua desigualdades estruturais relativas à raça/etnia, ao gênero e à sexualidade dissidente, algo que a psiquiatria hegemônica, sempre muito assimilada à cultura, ao tecido social e à política, se apoderou. Nesse sentido, é essencial conceber o dever governamental de se haver com este cenário, bem como o compromisso ético, social e político da psiquiatria e da psicologia enquanto potenciais campos de reparação e promoção de novos caminhos possíveis dentro da concretude do sofrimento, algo que requer conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088/2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das normas de atuação reconhecidas pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

Compreendendo o projeto de internação mencionado como adverso à Lei nº 10216/01 frente a um projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira que repensa o modelo tradicional de assistência à saúde mental, torna-se fundamental que a Psicologia se aproprie da Portaria nº 1.028, que institui uma Política Nacional de Redução de Danos. O objetivo é a utilização de estratégias que, a todo momento, preservem a identidade, a autonomia e a liberdade de decisão da pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, diagnóstico e tratamento, visando a redução de danos sociais e à saúde.

Cabe a categoria ir de encontro à prática de higienização da população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, promovendo e se integrando aos serviços de assistência comunitária a essa população, como o programa Consultório na Rua, instituído pela Portaria nº 122/2011, para que seja garantido o acesso dessa população aos serviços básicos de saúde, ampliando o cuidado integral. É, portanto, neste cenário que o presente capítulo encontra sua importância, não apenas pelo fomento de uma luta antimanicomial que aja em consonância com agendas de combate ao racismo, à misoginia, ao capacitismo e à LGBTQIA+fobia, mas também por evidenciar a necessidade de políticas públicas que garantam o pleno funcionamento da proposta da atenção psicossocial brasileira.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Raquel. A perseguição legal à homossexualidade na Península Ibérica: séculos XIX e XX. **Etnografica**, v. 28 (2), p. 363-384, 2024.: https://doi.org/10.4000/11suc

AGUIAR, Victor. Prefeitura do Rio estuda internação compulsória de usuários de drogas. **CNN Brasil**, 28 ago. 2023. Nacional. Disponível em: < https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/prefeitura-do-rio-estuda-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-drogas/ >.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém, 2019.

BARRETO, Lima. **O Cemitério dos Vivos**. Ministério da Cultura, 2021. https://biblioteca.torres.rs.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/barreto-lima-o-ceminterio-dos-vivos.pdf

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm >.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. >.

BRASIL. **Lei nº 11.983, de 16 de julho de 2009.** Revoga o art. 60 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei de

Contravenções Penais. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11983.htm >.
BRASIL. **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**. População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: MDHC, 2023. https://bit.ly/3qH3HRy.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas para a população em situação de rua**. Brasília: CFP, 2025. RT_Pop_Rua_web-1.pdf
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010**. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf. COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
GÓES, Luciano. **A "tradução" de Lombroso na obra de Nina Rodrigues**: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira. Rio de Janeiro: Revan, 2016.
CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004. https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf.
CRENSHAW, Kimberlé. Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011.
ENGEL, Magali Gouveia. Sexualidades interditadas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.15, Supl., p.173-190, 2008. https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500009.
PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 490-496, 2008. https://www.scielo.br/j/rlpf/a/z7jd4V4RsPP-Dddy5KzHzCJb/?format=html&lang=pt.
FAUSTO, B. **Crime e cotidiano**: a criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Brasiliense, 1984.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999
FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: Curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2012
OLIVEIRA, Rafaela Barbosa de; MARTINS, Valter. O recorte racial como traço permanente da população em situação de rua no Brasil. **Revista Libertas**, v. 22, n. 2, p. 403-421, 2022. https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/38242/25284
PAES, E. (@eduardopaes). [Não é mais admissível que diferentes áreas de nossa cidade fiquem com pessoas nas ruas que não aceitam qualquer tipo de acolhimento e que mesmo abordadas em diferentes oportunidades pelas equipes da prefeitura e autoridades policiais, acabem cometendo crimes...]. X, 28 ago. 2023. Disponível em: < https://x.com/eduardopaes/status/1696141381665452243. >.
PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, 1999. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100017 >.
PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 490-496, 2008. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000300012 >.
PRADO, G. A. S. Paradigma manicomial e proibicionismo como operadores da guerra de raças no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-17, 2023. https://doi.org/10.1590/1982-3703003244329
RIBEIRO, A. L. **Usuário de drogas em situação de rua: análise bioética e interseccional de raça, classe e gênero**. Guarujá, SP: Editora Científica Digital, 2023.
STEPAN, N. L. **A hora da eugenia**: raça, gênero e não na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. de C.. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 2, p.

364-381, 2012. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CDJLGj8ZFKZgdwcSHMwN4LQ/?lang=pt >.
VIECZOREK, Marcia Jacob. Grita junto de mim, moça! A minha voz não fala mais: os gritos embargados de mulheres em situação de rua. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, v. 8, p. 253–263, 2022. Disponível em: < https://www.e-publicacoes.uerj.br/riae/article/view/70991 >.

Análise crítica dos hospitais de custódia e a perpetuação da lógica manicomial

Amanda Quaresma de Castro.
Nathália Guimarães Lopes.
Roberta Bentes Flores Bayma.
Vitória do Vale Carvalho.

APRESENTAÇÃO.

O sistema penitenciário brasileiro configura-se como um dos mecanismos do Estado voltados à implementação de políticas públicas de segurança, atuando por meio de suas instituições e serviços. Visa manter a ordem social, exercendo papel na prevenção e repressão de crimes, regulamenta a aplicação de normas jurídicas, responsabilizando aqueles que infringem a lei, além de desenvolver estratégias de reintegração social, contribuindo para o retorno de pessoas privadas de liberdade ao extra muro das Casas Penais (Silva *et al.,* 2022*)*. A Lei de Execução Penal, nº 7.210/1984, art. 10, parágrafo único, determina: "a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. A assistência estende-se ao egresso" (Brasil, 1984).

Em complemento, o Decreto nº 6.049 de 2007, que regulamenta a referida lei, em seu art. 20, parágrafo único, reforça essa responsabilidade do Estado ao dispor que: "a assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social, psicológica e religiosa prestada ao preso e ao egresso obedecerá aos procedimentos consagrados pela legislação vigente, observadas as disposições complementares deste Regulamento" (Brasil, 2007).

Assim, dois dos questionamentos que originaram a presente escrita foram: o sistema penal brasileiro é realmente capaz de oferecer oportunidades de reintegração de apenados à sociedade, após o cumprimento da pena? Ou acaba reforçando o ciclo da criminalidade e contribuindo para a reincidência na prática delituosa?

Segundo Machado e Guimarães (2014), a infraestrutura carcerária brasileira apresenta condições precárias, com unidades operando além da sua capacidade de lotação, escassez de atendimento médico e de cuidados básicos de higiene. Ao considerar este contexto de precariedade, entende-se que, as pessoas privadas de liberdade, além de lidarem com condições mínimas de habitabilidade e a falta de serviços básicos, devem enfrentar um ambiente mais punitivo do que ressocializador, o que inicialmente, mediante o levantamento da literatura sobre a temática, pareceu apontar que o Estado demonstra falhar em cumprir com as normas estabelecidas na lei, considerando a precariedade dos espaços destinados ao cumprimento de sentenças penais.

No que diz respeito especificamente aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), parte do complexo sistema de justiça penal brasileiro, configuram-se como instituições que abrigam pessoas com algum sofrimento psicológico agravado em conflito com a lei, quando consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, e por conseguinte, recebem, enquanto sanção penal aplicada, o cumprimento de Medida de Segurança (Brasil, 1940).

Salienta-se que no âmbito da justiça é considerado inimputável aquele que, por apresentar sofrimento psicológico agravado, que comumente culmina no diagnóstico de transtorno mental ou do desenvolvimento, não consegue avaliar de maneira crítica suas ações, principalmente no que se refere a consequências dos seus atos e gravidade das ações destinadas a outras pessoas, não conseguindo compreender ou se guiar pelo caráter ilícito de seus atos. No sistema penal, esse grupo deveria receber cuidados em saúde mental, quando há diagnóstico reconhecido juridicamente (Brasil, 1940). Porém, ainda que haja a sentença penal pela absolvição e que indique a substituição da pena por tratamento, muitos seguem sob tutela do Judiciário e privados de liberdade em instituições que, embora denominadas hospitais, demonstram um funcionamento semelhante aos presídios (Kemper, 2022).

Isto posto, Capez (2022, p. 229), explica a noção de medida de segurança como a "sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado periculosidade volte a delinquir". Ao contrário da pena aplicada a pessoas

imputáveis, a medida de segurança não tem finalidade punitiva, sendo voltada exclusivamente ao tratamento de saúde mental da pessoa internada.

Essa mudança ocorreu com a reforma do Código Penal de 1984, promovida pela Lei nº 7.209, que garantiu ao internado o direito de ser recolhido a um estabelecimento com estrutura hospitalar e de receber o devido tratamento médico. Dentre as outras alterações propostas por esta lei, destaca-se a reformulação da medida de segurança, que regulamentou a internação em hospital de custódia e tratamento como regra, mas viabilizou o tratamento ambulatorial para crimes punidos com detenção, e não com reclusão, conforme os artigos 96 e 97 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1984).

No entanto, é preciso deixar claro que, embora sejam denominados "Hospitais", essas instituições costumam ser geridas pelas Secretarias de Administração Penitenciária, ou seja, interligados aos sistemas de segurança e incorporados ao sistema penitenciário em vez de sob a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Somado a isso, os HCTPs possuem estrutura similar a presídios, o que levanta questionamentos sobre a eficácia das medidas de segurança, considerando as condições precárias dessas unidades (Nunes; Wanderley; Marques, 2023). Neste sentido, tenciona-se à reflexão crítica sobre este assunto, um terceiro questionamento: os hospitais de custódia conseguem ofertar tratamentos eficazes e adequados para atender às necessidades dos internos?

A Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216 de 2001, no art. 4, §1, estabelece que: "o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio". A mesma lei declara, ainda no art. 4, §3: "é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no. §2 e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2" (Brasil, 2001).

Apesar dos avanços promovidos pela reforma, considera-se que há um paradoxo no sistema de saúde mental brasileiro: a manutenção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Considera-se que os HCTPs demonstram operar sob uma lógica que se aproxima do antigo modelo manicomial, uma vez que muitas internações são prolongadas e sem a perspectiva real de reabilitação e reinserção social (Silva,

2015). A partir de observações, Baqueiro e Brito (2023, p. 102) indicam que "a realidade dos manicômios judiciais no Brasil revela uma faceta ainda mais cruel do sistema prisional, tendo em vista a dupla estigmatização que o indivíduo vivencia: ser etiquetado como criminoso e como portador de sofrimento mental".

Diante do exposto, considera-se notória a importância de verificar o que as produções científicas que versam sobre as condições dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) para compor a análise crítica sobre a temática proposta, pois apesar dos avanços legislativos citados acima, os HCTPs mantêm funcionamento e práticas que demonstram contrariar os princípios da Reforma Psiquiátrica e as legislações nacionais. Assim, sublinhou-se como a questão norteadora do presente capítulo: como o funcionamento dos hospitais de custódia contribui para a perpetuação da lógica manicomial no sistema penitenciário brasileiro?

Buscou-se responder a essa pergunta, tendo como objetivo geral: analisar criticamente produções científicas o funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil, destacando de que maneira essas instituições ainda contribuem para a perpetuação da lógica manicomial. Para tanto, optou-se pela realização de pesquisa bibliográfica, através da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), apresentando dados de artigos publicados no período de 2015 a 2024, nas áreas das Ciências Humanas, Sociais e da Saúde.

O SISTEMA PENAL E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

A interface entre o sistema penitenciário e a política de saúde mental no Brasil revela desafios históricos à efetivação dos direitos dos sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei. Ao longo da história, a maneira de lidar com essas pessoas foi a partir da adoção de um modelo de encarceramento, sobretudo em instituições psiquiátricas que, embora destinadas ao tratamento, são transformadas em abrigos permanentes. Análogo a isso, instituídos para encarcerar pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, os conhecidos "manicômios judiciários", passaram a funcionar como locais de reclusão prolongada, muitas vezes de permanência vitalícia (Oliveira; Valença, 2020).

O sistema penitenciário, como dito anteriormente, visa efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal, assegurando condições do

indivíduo condenado à reinserção social. A lei de execução penal garante direitos básicos às pessoas privadas de liberdade, estabelecendo a singularização da pena e prevendo suporte à saúde, social, educacional, jurídico, material e religioso, objetivando a reintegração e controle da reincidência (Brasil, 1984). Todavia, a verdadeira face do sistema penal no Brasil demonstra estar distante dessas diretrizes, evidenciando fragilidades institucionais e estruturais que comprometem os direitos dos apenados(as).

Monteiro e Cardoso (2013, p. 101) descrevem que:

> A situação brasileira é altamente preocupante e revela o desleixo por parte da sociedade e dos mecanismos de segurança pública com esses grupos sociais. O ambiente é de extrema deterioração, não só das condições de infraestrutura, mas da dignidade humana.

Em concordância, Malvasi, Dantas e Manzalli (2022) pontuam que a superlotação das unidades penais é uma das características mais severas da política de encarceramento brasileiro e, combinada a precariedade habitacional, como a ausência de saneamento básico e condições insalubres, intensificam os riscos de adoecimento e morte. Ainda sobre este contexto, um relatório realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF), denominado "Sistema prisional brasileiro fora da Constituição - 5 anos depois", corrobora para a permanência do "estado de coisas institucionais", destacando que ainda existem "cenários como a superlotação e serviços insuficientes nas áreas de saúde, alimentação e segurança das pessoas privadas de liberdade" (CNJ, 2021, p. 8). Miranda, Goldberg e Bermudez (2022) afirmam que a reinserção social tem como principal objetivo humanizar a transição do sujeito em privação de liberdade à sociedade, garantindo seus direitos humanos, que incluem educação e saúde, inserindo o indivíduo no centro do processo e não no crime. De modo posto, os entraves da reintegração social no sistema penitenciário se intensificam quando voltados aos indivíduos com transtornos mentais. Em tais casos, em vez da pena tradicional, aplica-se a medida de segurança.

A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL.

A Medida de Segurança (MS), consoante o Código Penal Brasileiro, se caracteriza como uma sanção penal destinada a indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis, tendo como principal finalidade a prevenção geral na sociedade e a proteção especial do indivíduo através do tratamento compulsório (Brasil, 1940). Esta, por sua vez, é denominada "absolutória imprópria", visto que não se verifica o terceiro elemento da teoria do delito: a culpabilidade (Baqueiro; Brito, 2023). Ou seja, sem que seja verificada a culpabilidade, a qual relaciona-se a capacidade de julgamento da consequência da ação ilícita praticada, não há a existência de um crime em seu sentido completo, resultando na isenção da pena e na consequente consideração do agente como inimputável. O art. 26 do Código Penal (Brasil, 1940) determina como inimputável:

> [...] o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Segundo o exposto acima, em casos em que é verificada a inimputabilidade, ainda que haja a absolvição, o agente não é isento completamente de uma sanção penal, uma vez que, no art. 386, parágrafo único, inciso III, do Código de Processo Penal, assegura que "na sentença absolutória, o juiz: [...] III – aplicará a medida de segurança, se cabível" (Brasil, 1941).

Cabe salientar que a verificação da imputabilidade pode ser sustentada pela perícia psiquiátrica, segundo as Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) no Sistema Prisional (2021). Nesse sentido, é evidente que a avaliação psiquiátrica interfere na tomada de decisão do sistema de justiça ao apresentar como conclusão a existência de diagnóstico de transtorno mental ou psicológico que interfere na capacidade de julgamento das ações ilícita ou mesmo que favorece a reiteração em prática delituosa, sobretudo às que oferecem risco a vida de outras pessoas. Nestes casos o diagnóstico do transtorno psicológico ou mental influencia diretamente na definição da medida de segurança estipulada à

pessoa, seja ela o tratamento ambulatorial ou internação em hospital de custódia (Brasil, 1984).

O Código Penal em seu art. 97, § 1º, expressa que a internação ocorre em tempo indeterminado até que haja perícia médica que cesse a medida de segurança, e que o prazo mínimo de internação é de 1 (um) a 3 (três) anos (Brasil, 1940). A partir disso, nota-se que o tempo da medida de segurança é indefinido e não possui prazo máximo, portanto, diversos pacientes permanecem internados por tempo indeterminado, o que implica em uma lógica manicomial, de institucionalização que exclui esses indivíduos e os invisibiliza, fazendo com que se tornem esquecíveis e silenciados diante da sociedade, bem como suscita a desconsideração de sua subjetividade e identidade, e ocasionando o estigma de louco e criminoso (Baqueiro; Brito, 2023). Tendo em vista essa problemática, o prazo incerto da medida de segurança e a noção de periculosidade implica muitas vezes na "prisão perpétua disfarçada", que de acordo com Romanini *et al.* (2022) contribui para a manutenção do enclausuramento das pessoas por tempo indefinido.

A realidade da medida de segurança concretiza-se historicamente como tratamento compulsório, a qual demonstra violar diversos direitos humanos. O cumprimento dessa medida ocorrida nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), também conhecidos como manicômios judiciários, a partir da medida de segurança, demonstra fomentar o estigma de louco, bem como a criminalização da loucura (Oliveira *et al.*, 2022; Baqueiro; Brito, 2023).

A medida de segurança deveria ter caráter terapêutico e visaria à prevenção e tratamento do inimputável, mas sua execução depende ainda da avaliação de periculosidade, que se refere à capacidade de ofertar risco à sociedade ou à reincidência na prática delituosa praticada. Por conseguinte, Caetano e Tedesco (2021) enfocam que a chamada "teoria da periculosidade", vem sendo utilizada desde 1940 como base para a aplicação das medidas de segurança, conduzindo um inerente caráter punitivo e amplamente utilizada acriticamente para justificar a exclusão por tempo indeterminado e muitas vezes permanente daquele com transtorno psiquiátrico.

A ligação entre a violência e a institucionalização, no contexto brasileiro, passa a ser mais evidente nesse cenário em que o Estado Brasileiro assume sua custódia, nos Hospitais de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico (HCTPs), podendo a pessoa permanecer até décadas internada, mesmo que o delito não seja grave, sob a justificativa de ser potencialmente perigosa (Oliveira; Valença, 2020). De modo complementar, Oliveira *et al.* (2023), analisam a lógica dos HCTPs quanto ao término da Medida de Segurança, na qual dependendo da existência de um vínculo familiar, a permanência na instituição daqueles que não possuem família se torna indefinida.

O arcabouço e a lógica que orientam os HCTPs, não devem ser entendidas de forma dissociada do sistema penitenciário, dado que compartilham práticas e dinâmicas de encarceramento, as quais dificultam o processo de saída dos custodiados. Nesta perspectiva, o HCTPs "são instituições totais que abrigam pessoas com transtorno mental em conflito com a lei" (Oliveira *et al.,* 2022). Estes autores ainda afirmam que essas instituições integram o sistema penitenciário, concomitantes que são geridas a partir das diretrizes de segurança, reconhecidas como locais de tratamento e cuidado em saúde.

Por outro lado, Wermuth e Branco (2021, p. 15) asseguram que "a execução das medidas de segurança de detenção, da forma como é realizada até hoje, tanto em HCTP ou em presídios, está deslegitimada e ilegal, implicando inclusive em prática de tortura". Esse paradoxo entre o papel previsto e a realidade dessas instituições levanta dúvidas sobre sua efetividade na execução dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e dos direitos dos internos, porque ao invés de promover reabilitação, essas instituições frequentemente intensificam o sofrimento psíquico e corroboram com a exclusão.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MODELO ANTIMANICOMIAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA.

Em contraposição à realidade do sistema prisional brasileiro, tem-se a Reforma Psiquiátrica brasileira que foi constituída a partir de um movimento social, político e ideológico que emergiu na década de 1970, impulsionado por transformações no modelo de gestão em saúde e nas práticas de atenção psicossocial, com foco na promoção da saúde coletiva e na superação da lógica manicomial. Esse processo foi influenciado por debates internacionais sobre a necessidade de enfrentar a violência institucional presente em diversos locais destinados ao tratamento de

pessoa com sofrimento psíquico, incluindo os hospitais psiquiátricos, além da atuação expressiva de movimentos sociais e profissionais da saúde mental visando a reformulação das políticas públicas voltadas às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005; Larivoir; Alves, 2021).

A mobilização em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico intensificou-se em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Formado por profissionais da saúde, o MTSM estruturou sua proposta de cuidado em saúde mental a partir de um tripé: reivindicação de direitos, ética no cuidado e promoção de tratamento em liberdade. O movimento trouxe à tona denúncias sobre violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos, além de críticas à mercantilização do sofrimento psíquico. Tais denúncias reforçaram a necessidade de um novo paradigma para o cuidado em saúde mental, baseado no respeito à dignidade humana e na valorização do sujeito (Oliveira; Szapiro, 2021).

Ainda em 1987, inaugurou-se em São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, referência pioneira para os serviços substitutivos à internação. Experiências contemporâneas em outros municípios, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e iniciativas em Bauru, consolidaram no final da década de 1980 a prática substitutiva que posteriormente deu origem ao modelo CAPS. Assim, embora instituições e nomenclaturas variem localmente, o final dos anos 1980 marca o surgimento desses serviços alternativos no país (Fundação Oswaldo Cruz, 2017).

O rompimento com o modelo manicomial ganhou força por meio de eventos políticos e institucionais emblemáticos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1987, e a 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1992 e 2001, respectivamente. Esses encontros foram fundamentais para a ampliação dos serviços e programas voltados à saúde mental, promovendo uma reestruturação do modelo assistencial brasileiro e consolidando a lógica da atenção psicossocial como eixo central da política pública em saúde mental (Brasil, 2005; Moreira; Simioni, 2022).

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) apresentou ao Congresso Nacional um projeto de lei que visava regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelecer a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. No ano seguinte, a realização da

Conferência Regional de Caracas representou um marco na consolidação do compromisso latino-americano com a reforma psiquiátrica. O evento destacou a contradição entre os modelos punitivos e jurídico-institucionalizados de cuidado e os valores éticos, morais e sociais orientados pela dignidade e pela inclusão. A partir dessa conferência, diversos países latino-americanos, incluindo o Brasil, comprometeram-se a reformular suas políticas de assistência psiquiátrica, priorizando práticas comunitárias e humanizadas (Brasil, 2005; Kemper, 2022).

Após anos de debates e trâmites legislativos, em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial. Essa legislação representou um marco no redirecionamento da atenção à saúde mental no país, propondo a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços territoriais, comunitários e intersetoriais. A lei preconiza o tratamento prioritariamente humanizado e pautado na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, com foco na reinserção social, na autonomia e no cuidado em liberdade. Sua formulação foi influenciada por diretrizes internacionais e respaldada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005; Torres; Fonseca, 2020; Lima *et al*., 2023).

Historicamente, os indivíduos com transtornos mentais eram estigmatizados, excluídos do convívio social e institucionalizados em ambientes hospitalares isolados. Eram frequentemente rotulados como perigosos ou delinquentes, o que reforçava estereótipos negativos e dificultava sua reinserção social. A proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira rompe com essa lógica excludente, introduzindo o modelo psicossocial como alternativa mais ética e humanizada de cuidado em saúde mental (Larivoir; Alves, 2021).

Paralelamente, políticas públicas como o Programa de Volta para Casa, a ampliação dos CAPS e a criação das Residências Terapêuticas têm contribuído significativamente para a redução dos leitos psiquiátricos no país e para o fechamento de instituições asilares. (Torres; Fonseca, 2020). Contudo, apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda é possível observar resquícios do modelo manicomial na prática cotidiana dos serviços de saúde mental, especialmente nos CAPS. De acordo com Larivoir e Alves (2021), práticas inadequadas, como o uso de ameaças, punições ou recompensas como forma de manipulação do comportamento dos usuários, ainda ocorrem nesses

espaços, contrariando os princípios éticos do cuidado psicossocial. Esse cenário evidencia que a transição do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial, embora em curso, ainda enfrenta desafios significativos.

Conforme ressaltam Torres e Fonseca (2020), muitas vezes, a alta hospitalar dos indivíduos internados nos HCTPs não é acompanhada por um suporte psicossocial efetivo. Em diversos casos, a reintegração social é inviabilizada pelo rompimento de vínculos familiares e pela fragilidade dos serviços comunitários, o que contradiz os princípios da desinstitucionalização e perpetua a exclusão social dos sujeitos. Nessa perspectiva, os CAPS devem se consolidar como dispositivos substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, assegurando cuidado contínuo, preservação dos vínculos sociais e fortalecimento da autonomia dos usuários em seus próprios territórios (Brasil, 2005).

Nessa lógica, as práticas nos HCTPs demonstram refletir o modelo asilar, pois esses indivíduos não recebiam o tratamento adequado, não havendo a diferenciação no tipo de intervenção levando em consideração a gravidade do ato infracional cometido, sendo essa realizada majoritariamente na esfera judicial devido a participação mínima da rede pública de saúde, ou seja, implicando que os pacientes não recebessem o cuidado estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental, amparada na Lei 10.216/2001. Na lógica asilar, as condutas institucionais eram de segregação, isolando o indivíduo do ambiente sociofamiliar e sem uma perspectiva de retorno e ressocialização, condutas nas quais essas pessoas ficavam sem a possibilidade de exercer seus direitos (Oliveira *et al.,* 2022), situação semelhante a que ainda é utilizada nas práticas dos HCTPs brasileiros.

No entanto, é possível que ocorra o processo de desinternação que se dá através da cessação da periculosidade da pessoa. Como dito anteriormente, a periculosidade diz respeito à probabilidade do sujeito futuramente voltar a praticar algum ato que oferte perigo para si mesmo e/ou para outros. Nesse contexto, avaliar a cessação da periculosidade do sujeito que se encontra em internação é um processo que ocorre mediante perícia médica (Franco; Vinuto; Vargas, 2023) através do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP). Porém, a falta de mecanismos efetivos para a cessação de periculosidade, bem como a não delimitação do tempo exato para a realização da perícia são fatores que reforçam a institucionalização dessas pessoas. Outrossim, de acordo com

Oliveira *et al.* (2022) há vários determinantes que podem colaborar para a futura ocorrência do delito, e estes podem ser a vulnerabilidade e os determinantes sociais de saúde, entendendo assim que qualquer pessoa pode estar exposta a esses fatores, e não somente os indivíduos com transtornos mentais.

Diante do exposto acima, percebe-se a grande similaridade dos HCTPs e dos hospitais psiquiátricos tendo em vista que ambos compõem-se do modelo hospitalocêntrico, e conforme Romanini *et al.* (2022) os hospitais psiquiátricos, historicamente, eram considerados o lugar de tratamento aos considerados loucos, bem como os autores abordam que esse local que deveria ser de cuidado, foi marcado pela violência, silenciamento, segregação e exclusão social. Percebe-se então que as características citadas acima se assemelham às práticas e ao funcionamento dos HCTPs.

Dessa maneira, diante das diversas questões exploradas nesta pesquisa, vale pontuar que a Psicologia tem, historicamente, se posicionado sobre este tema, havendo diversas teses e artigos que discorrem sobre o assunto. No entanto, cabe ressaltar aqui a demasiada importância do posicionamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que por meio de Notas Técnicas, Relatórios, Referências Técnicas e Resoluções, permitem guiar o posicionamento ético-político da profissão, assim como se configuram como conhecimentos e análises desta temática.

Citaremos aqui, em especial, as Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no Sistema Prisional (2021) que ratifica o direito à saúde dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei como um dos assuntos mais importantes para os profissionais da psicologia que operam nos HCTPs. Ademais, nessa referência é destacada a importância dos profissionais psicólogos de conhecer os marcos legais, normativos e as políticas públicas envolvidas nesta temática, com intuito de trabalhar com a promoção e proteção dos direitos desse grupo social, direcionando seu trabalho ao modelo assistencial baseado na Lei da Reforma Psiquiátrica e no Sistema Único de Saúde (SUS). Simultaneamente, esse documento discorre que, após uma breve análise do Código Penal, é possível verificar que este se trata de um mecanismo jurídico arcaico, com características de violações de direitos humanos, impondo assim obstáculos à atuação de psicólogas(os). Por fim, essa referência técnica legítima a necessidade do fazer psicológico, com as pessoas em sofrimento psíquico

ou transtorno mental em conflito com a lei, ser de reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direito e não apenas como objetos de execução penal, logo, assegurando-lhes a dignidade e impulsionando processos de desinstitucionalização e reinserção social.

METODOLOGIA DE ANÁLISE.

Partiu-se de pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa bibliográfica, realizando busca em periódicos, especialmente artigos que abordassem a temática estudada (Creswell, 2010; Cardano, 2017; Marconi e Lakatos, 1990; Sousa *et al*, 2021). Utilizou-se o método a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que proporciona uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular, a partir de um resumo da literatura empírica ou teórica (Botelho *et al*., 2011).

Nesse sentido, a pesquisa se interessou em descrever como o funcionamento dos Hospitais de Custódia são caracterizados pela literatura com a finalidade de analisar o quanto reproduzem a lógica manicomial. Considerou-se que esse tipo de investigação permitiu um levantamento integrado do conhecimento existente sobre o funcionamento dos hospitais de custódia e sobre a perpetuação da lógica manicomial, articulando tais dados à perspectiva crítica da Psicologia, especialmente nas interfaces com o sistema de justiça e os direitos humanos.

Adotou-se como estratégia de busca a utilização das seguintes palavras-chave e descritores: “hospital de custódia”, “avaliação psiquiátrica”, “manicômio judiciário” e “periculosidade”. Para a busca da leitura que deu subsídio ao trabalho, foram utilizadas as seguintes bases de dados e portal de busca de periódicos, respectivamente: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Justifica-se a seleção das bases de dados e do portal de busca de periódicos por suas relevâncias no que se refere à concentração de publicações nas áreas da Psicologia, Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas, bem como pela ampla disponibilização de artigos científicos em acesso aberto e/ou institucional.

Para o aprimoramento dos resultados, os descritores descritos acima foram combinados entre si em duplas e trios, por meio do uso do operador booleano “AND”, a fim de refinar os resultados e garantir a presença

simultânea dos termos nas produções científicas recuperadas. De acordo com Botelho (2011), o método booleano constitui uma ferramenta lógica aplicada à pesquisa em bases de dados, utilizada para relacionar palavras-chave por meio de operadores que delimitam ou ampliam os resultados. Exemplos de combinações realizadas incluíram: "manicômio judiciário" AND "periculosidade"; "hospital de custódia" AND "periculosidade"; "periculosidade" AND "avaliação psiquiátrica"; "hospital de custódia" AND "avaliação psiquiátrica"; "manicômio judiciário" AND "avaliação psiquiátrica".

Para a triagem das publicações que compuseram a amostra da RIL, foram adotados como critérios de inclusão os seguintes aspectos: a) publicações realizadas no período de 2015 a 2024; b) produções científicas nos formatos de artigos; c) trabalhos pertencentes às áreas das Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, que abordem diretamente a temática dos hospitais de custódia, lógica manicomial, medidas de segurança e sua interface com a Psicologia. Vale ressaltar que ainda foram incluídas apenas publicações de acesso gratuito, nacionalidade brasileira, e que estivessem em consonância com a questão-problema central deste trabalho, contribuindo para uma análise crítica do funcionamento dos hospitais de custódia sob a ótica da Psicologia.

Como critérios de exclusão, foram descartados: a) trabalhos que não apresentem caráter científico ou fundamentação teórica consistente; b) publicações em língua estrangeira; c) produções que tratam da temática manicomial de forma tangencial, sem abordar o contexto jurídico-psiquiátrico dos hospitais de custódia; d) textos incompletos ou fora do recorte temporal estabelecido; e) artigos incompletos ou duplicados; f) artigos indisponíveis.

Posteriormente à aplicação das etapas metodológicas descritas anteriormente, foram obtidos o quantitativo final de artigos a serem analisados, que foi refinado mediante a aplicação dos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos para a amostra final da análise. A análise de dados para a realização desta escrita se fundamentou na abordagem proposta por Minayo (2002), cuja finalidade é compreender os fenômenos sociais e o comportamento humano por meio de sua exploração. Essa análise de conteúdo abrange três fases: pré-análise, a exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Dessa forma, considera-se que a aplicação da análise de conteúdo de Minayo, permitiu uma compilação de resultados, mas também uma síntese qualitativa abrangente e uma compreensão mais profunda da temática. Em seguida, foi realizada uma análise crítica fundamentada na avaliação de qualidade metodológica dos dados obtidos, visando identificar vieses e limitações, bem como o nível de evidência que cada fonte fornece. Paralelamente, estabeleceu-se um diálogo com o referencial teórico, visando discernir as aproximações e os distanciamentos apresentados na bibliografia e, por conseguinte, foi implementada a descrição e discussão acerca do tema com base nos resultados obtidos.

RESULTADOS OBTIDOS.

A partir da busca realizada nas bases de dados e no portal de seleção de periódicos, utilizando os descritores e palavras-chave com o operador booleano AND, aplicando os critérios de inclusão e exclusão de achados, considerando os critérios de elegibilidade, conforme descrito anteriormente, foram elegidos 7 (sete) artigos para a produção do presente excerto. Optou-se por organizar a análise a partir de três eixos temáticos principais, construídos com base na literatura e dados identificados na revisão realizada e que farão diálogo com o corpo teórico existente, a saber: Periculosidade e Medida de Segurança como bases para a manutenção dos HCTPs; Articulação da Psiquiatria e Direito no Tratamento Penal; e Noção de Violação de Direitos Humanos e Estratégias de Intervenção.

PERICULOSIDADE E MEDIDA DE SEGURANÇA COMO BASES PARA A MANUTENÇÃO DOS HCTPS.

Neste tópico, realiza-se uma análise sobre a noção de periculosidade, medida de segurança e como tais conceitos sustentam a existência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil. Os artigos selecionados fornecem subsídio para uma discussão crítica acerca dos conceitos citados acima, bem como discutem a periculosidade como fator determinante para a manutenção dessas instituições. Para tal, utilizou-se os seguintes autores: Paixão (2021), Sá e Lima (2023), Nisiide, Bagatin e Boarini (2024).

Historicamente, a partir da relação feita entre crime e doença, a noção de periculosidade surge como forma de justificar uma intervenção psiquiátrica em determinadas pessoas que cometeram crimes. A partir desse momento, começa-se então, a interlocução entre os saberes jurídico e médico fazendo com que a periculosidade seja também um conceito jurídico a fim de fundamentar legalmente a contenção da pessoa estigmatizada como louco-infrator. No entanto, esse conceito só foi incorporado no sistema jurídico a partir do Código Penal de 1940, fundamentando de vez a custódia dos ditos loucos-infratores (Paixão, 2021). De maneira análoga, Nisiide, Bagatin e Boarini (2024) afirmam que a reclusão dessas pessoas é atravessada pela noção da periculosidade.

De acordo com a visão de Sá e Lima (2023) a periculosidade atua como elemento basal determinante para a manutenção dos HCTPs. Corroborando com essa ideia, Nisiide, Bagatin e Boarini (2024) afirmam que a periculosidade é fator contribuinte na permanência dessa instituição, e que historicamente esse conceito está associado à loucura. Na visão de Paixão (2021) a internação e contenção dessas pessoas se dá em justificativa da paz social que tem como fundamento uma noção de probabilidade das condutas negativas.

Em seus estudos, Sá e Lima (2023) identificaram que a partir de uma análise de documentos judiciais envolvendo pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, foi possível identificar a justificativa da defesa social como fator na dinâmica de internações, justificativa essa que perpetua a noção de periculosidade, consequentemente havendo fundamento na negação de direitos humanos dessas pessoas. Além disso, esses documentos também demonstram que a periculosidade influência na manutenção indefinida da medida de segurança, mantendo a reclusão das pessoas, mesmo que a medida esteja formalmente encerrada. Corroborando com esse pensamento, Paixão (2021) discorre que a noção de periculosidade sustentada na justificativa de defesa social fundamentaram o surgimento do Manicômio Judiciário (MJ) bem como ainda sustentam a existência deles.

Mesmo com a Reforma Penal de 1984 o entendimento de que a periculosidade está ligada às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei permanece, sendo então, fundamento essencial para a aplicação da medida de segurança detentiva, isto é, a internação compulsória no HCTP (Paixão, 2021). Na análise dos acórdãos, Nisiide, Bagatin e Boarini

(2024) identificaram que 74% dos laudos psiquiátricos e psicológicos confirmam a periculosidade do interno, e esses laudos são a justificativa para a não suspensão da medida de segurança.

Da mesma forma, Nisiide, Bagatin e Boarini (2024) apontam que o diagnóstico de doença mental é fator de extrema relevância nas decisões judiciais, ocorrendo uma forte associação entre a periculosidade e doença mental, corroborando assim para a concepção de que a partir do momento em que haja um diagnóstico, houvesse a tendência ao delito. Por fim, estes autores evidenciam que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, passa a ser julgada pela possibilidade de ações delituosas do que pelas ações em si.

Portanto, é possível inferir que os autores aqui citados abordam e fortalecem os pontos já elencados no referencial teórico pelos autores Caetano e Tedesco (2021) sobre a como a teoria da periculosidade é utilizada para a aplicação da medida de segurança, sendo essa uma justificativa da exclusão com tempo indefinido dos internos, consequentemente havendo assim a manutenção dos HCTPs. No entanto, observou-se que os artigos analisados não mencionam a "prisão perpétua disfarçada", como Romanini *et al.* (2022) apontam em seu estudo, no qual os autores discorrem que essa concepção é decorrente do prazo incerto da medida de segurança e atravessada pela noção de periculosidade, implicando assim no enclausuramento por período indefinido das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

ARTICULAÇÃO DA PSIQUIATRIA E DIREITO NO TRATAMENTO PENAL.

A interface entre Psicologia e Direito, no campo do tratamento penal de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, revela uma articulação complexa entre o saber jurídico e o saber psiquiátrico. Essa relação, longe de se restringir ao campo técnico, constitui-se historicamente como um mecanismo de gestão e controle dos corpos, em que a loucura é traduzida em termos de periculosidade e a internação compulsória é legitimada como forma de tratamento. Conforme apontam Confessor Júnior e Dimenstein (2021), o manicômio judiciário representa a materialização dessa aliança institucional, configurando-se como espaço de

convergência entre as práticas punitivas e as práticas de cuidado, nas quais o discurso médico legitima o discurso jurídico.

Assim sendo, na definição do tratamento penal aplicado aos inimputáveis, "direito e psiquiatria se articulam: a psiquiatria atesta a patologia e a periculosidade do agente, e o direito promove seu encarceramento no hospital-prisão" (Confessor Júnior; Dimenstein, 2021, p. 3). Essa articulação produz uma forma específica de poder disciplinar, que se apoia no diagnóstico como instrumento de objetivação e controle. O laudo pericial, elaborado por profissionais da Psicologia ou da Psiquiatria, converte-se, assim, em uma tecnologia de poder que sustenta o processo de exclusão social sob o discurso da tutela e da proteção.

Desse modo, o manicômio judiciário não opera como espaço terapêutico, mas como dispositivo de disciplinamento e contenção, cuja finalidade é a neutralização daquilo que é considerado perigoso ou desviante. A análise de Confessor Júnior e Dimenstein (2021, p. 5) demonstra que: "a associação entre os discursos psiquiátrico e jurídico tem determinado a cronificação institucional da população do manicômio judiciário", perpetuando a lógica manicomial em meio às transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica. A institucionalização indefinida, justificada pela periculosidade, traduz-se em prisão de caráter terapêutico, que confunde tratamento com punição e cuidado com confinamento.

A Psicologia, nesse contexto, assume um papel ambíguo. De um lado, participa do sistema de justiça como produtora de conhecimento técnico sobre o comportamento humano, contribuindo para avaliações de imputabilidade e risco social; de outro, ao se vincular aos dispositivos jurídicos sem mediação crítica, corre o risco de reproduzir práticas de exclusão legitimadas pelo discurso científico. Essa preocupação é destacada pelo Conselho Federal de Psicologia em suas Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) no Sistema Prisional (CFP, 2021), documento que orienta que a prática profissional deve ser necessariamente pautada pela defesa dos direitos humanos, pela recusa à lógica punitiva e pela adoção de um posicionamento ético-político comprometido com a Reforma Psiquiátrica e com o cuidado em liberdade, enfatizando que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei devem ser reconhecidas como sujeitos de direitos, e jamais como objetos de controle institucional. Assim, a inserção do psicólogo no campo penal exige uma atuação crítica que evite a naturalização de práticas que reforçam a

medicalização e o encarceramento do sofrimento psíquico, contribuindo para a superação da lógica manicomial.

A articulação entre Psicologia e Direito, tal como evidenciada por Confessor Júnior e Dimenstein (2021), deve ser compreendida como parte de um regime discursivo de poder-saber, em que o conhecimento psicológico é mobilizado para a produção de verdades sobre o sujeito, definindo sua normalidade, periculosidade e capacidade de convívio social. A superação dessa lógica implica deslocar o foco do diagnóstico e da tutela para o reconhecimento do sujeito de direitos, inserido em um contexto social e histórico que também produz sofrimento e conflito. Assim, a atuação psicológica no âmbito jurídico-penal deve orientar-se pela promoção da dignidade humana, pela reintegração social e pelo rompimento com os dispositivos de controle que sustentam a lógica manicomial.

NOÇÃO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.

No que se refere a esses conceitos, os artigos analisados evidenciam que os grupos de autores Santos, Farias e Pinto (2015) e Soares Filho e Bueno (2016) convergem ao reconhecer que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) operam como dispositivos que violam direitos humanos, perpetuam uma lógica punitiva dirigida à loucura. Para Santos, Farias e Pinto (2015), tais instituições configuram-se como espaços híbridos, nos quais se acumulam funções contraditórias decorrentes da coexistência entre custódia e tratamento, de forma que esse caráter híbrido não apenas expressa a falência do modelo institucional, como também revela sua função de abrigamento de indivíduos desinternados, reforçando práticas de segregação e dependência.

Por sua vez, Soares Filho e Bueno (2016) aprofundam essa problematização ao demonstrar que, embora denominados “hospitais”, funcionam como extensões do sistema prisional e regidos por uma lógica manicomial articulada à estrutura penal, acabam por intensificar o duplo estigma que recai sobre o interno, identificado simultaneamente como “louco” e “criminoso”. Essa constatação dialoga diretamente com a análise de Nunes, Wanderley e Marques (2023), que apontam que os HCTP, geralmente geridos por Secretarias de Administração Penitenciárias e estruturados de forma análoga a unidades penais, acabam reproduzindo

práticas punitivas em detrimento do cuidado terapêutico, evidenciando a precariedade e ambivalência que os caracterizam.

A lógica manicomial, expressa por internações prolongadas, frequentemente sem prazos de saída, infringe a liberdade, a convivência familiar e o acesso cuidado em serviços adequados. Soares Filho e Bueno (2016), se fundamentam na perspectiva de Basaglia (1985), em que o paciente internado em instituição total torna-se "um homem sem direitos", submetido à autoridade institucional e afastado da comunidade, legitimando práticas que naturalizam seu isolamento e invisibilização como indivíduo (Baqueiro; Brito, 2023). Essa compreensão é igualmente sustentada por Santos, Farias e Pinto (2015), que evidenciam como tais internações se baseiam em critérios de ordem moral e social, como a ausência de vínculos familiares e a noção de periculosidade, legitimando uma espécie de prisão perpétua socialmente aceita.

Ainda nesse contexto, o contraste entre as diretrizes da política de saúde mental e a realidade do sistema penal revela um distanciamento significativo entre teoria e prática. Enquanto a política nacional propõe a redução de leitos psiquiátricos, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o compromisso ao tratamento digno como superação do modelo manicomial, Soares Filho e Bueno (2016) mostram que, na prática, prevalece uma lógica determinada pela Justiça criminal, que reproduz um paradigma segregador, institucionalizante e distante dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que propõe substitutividade, humanização e reintegração comunitária (Brasil, 2001; Torres, Fonseca, 2020). No entanto, esses autores ainda destacam que no cenário brasileiro atual, o vínculo entre os HCTP e a rede de saúde está fragilizado, impedindo a efetivação desses princípios.

A partir das contribuições dos autores, evidencia-se uma convergência quanto à necessidade de fortalecer redes e serviços comunitários, como RAPS, CAPS e unidades de atenção básica, como estratégia central para o rompimento da lógica custodial. Soares Filho e Bueno (2016) ressaltam a transinstitucionalização provisória como etapa estratégica para retirar a pessoa do ambiente manicomial e inseri-la nos serviços de saúde e assistência, favorecendo sua visibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e preparando o caminho para a desinstitucionalização definitiva. De modo complementar, Santos, Farias e Pinto (2015) reforçam a urgência de desvincular o cuidado da lógica penal, priorizando o território e a

reinserção psicossocial mediante um trabalho intersetorial envolvendo saúde, justiça e assistência social, além de mudanças nos critérios jurídicos que sustentam a manutenção da custódia.

Ao aprofundar esse debate, Soares Filho e Bueno (2016) avançam ao propor ações concretas, como a criação de equipes multiprofissionais, a realização de estudos integrados sobre o sujeito e seus vínculos, o mapeamento das redes territoriais e elaboração compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares entre saúde, defensorias, Ministério Público e serviços comunitários, permitindo um planejamento gradual de saída dos HCTP. Nesse mesmo direcionamento, as Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no Sistema Prisional (2021) destacam que a atuação ética-política da psicologia no enfrentamento a violações institucionais deve reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos e não como objetos de execução penal, promovendo o processo de desinstitucionalização. Desse modo, tanto a literatura quanto as normativas profissionais convergem ao defender que a superação do modelo manicomial exige práticas intersetoriais, compromisso ético e ações voltadas à sua ressocialização.

Assim, enquanto Santos, Farias e Pinto (2015) enfatizam os efeitos das permanências prolongadas e a crítica institucional, Soares Filho e Bueno (2016) apresentam um conjunto de intervenções jurídicas, sanitárias e sociais, reforçando o papel do Estado na reorganização da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em substituição efetiva ao paradigma manicomial. Ambos sustentam que o Estado possui responsabilidade central nesse processo, perspectiva que encontra respaldo no arcabouço jurídico brasileiro, uma vez que o sistema penal determina o cuidado em saúde mental (Brasil, 1940), que a Lei de Execução Penal estabelece que a assistência do preso, internado e o egresso é dever do Estado, e que o Decreto nº 6.049 de 2007 especifica que essa assistência deve contemplar dimensões materiais, saúde, jurídicas, sociais, psicológicas e educacionais (Brasil, 1984; Brasil, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidencia que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico permanecem assentados sobre fundamentos jurídicos, médicos e institucionais e que preservam e

atualizam a lógica manicomial, ainda que sob o discurso de cuidado e tratamento, reproduzindo o confinamento em nome da proteção social. A medida de segurança, articulada ao conceito de periculosidade, opera como mecanismo de controle e neutralização, legitimando o enclausuramento prolongado de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Esse dispositivo jurídico, ao invés de se constituir como alternativa terapêutica, reafirma a interdependência histórica entre loucura, punição e tutela, convertendo o diagnóstico em ferramenta de suspensão indefinida de direitos humanos fundamentais.

Nesse cenário, a fragilidade da rede de apoio familiar tem sido historicamente instrumentalizada como argumento para manter internações que, na prática, configuram o abandono institucionalizado. A ausência de vínculos familiares é usada como justificativa para a manutenção da internação, impedindo altas e revogando tratamentos em meio aberto ou intensificando a custódia. Esse discurso, entretanto, mascara a ausência de políticas públicas que ofereçam suporte às famílias, que muitas vezes lidam com os atravessamentos da desigualdade social, falta de recursos, estigma, sobrecarga emocional e apoio do Estado. Portanto, a ausência da rede familiar não é causa, mas consequência da exclusão social produzida pelo próprio sistema.

Dessa forma, verifica-se a importância do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ajustando seus diversos equipamentos e serviços às demandas dessa população, servindo como estratégia de solução da estrutura dos HCTPs, bem como a superação às Comunidades Terapêuticas (CTs) que são instituições que promovem a internação e o isolamento (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2015) sob a justificativa de tratamento e cuidado terapêutico, mas que dão continuidade à lógica manicomial.

Sendo assim, a ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental é de demasiada importância para a efetivação de um tratamento justo, integral e com garantias de direitos. Os atendimentos dessa rede são ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e os pontos de atenção são: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA),

SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (Brasil, 2011).

Nesse contexto, torna-se fundamental problematizar o lugar da Psicologia no âmbito do sistema penal, especialmente no que se refere à produção de avaliações psicológicas e periciais. A atuação psicológica nesse campo não pode ser compreendida como neutra ou meramente técnica, uma vez que seus saberes e práticas participam diretamente da produção de decisões que incidem sobre a liberdade, a permanência institucional e a suspensão de direitos. A adoção de uma postura acrítica diante das demandas do sistema de justiça contribui para a legitimação de práticas que violam direitos humanos, ao reforçar diagnósticos, laudos e classificações que sustentam a noção de periculosidade e a cronificação da internação. Assim, cabe à Psicologia assumir um posicionamento ético-político comprometido com a Reforma Psiquiátrica, com a defesa dos direitos humanos e com o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei como sujeitos de direitos, recusando-se a ocupar o lugar de mera legitimadora do controle, da punição e da exclusão institucional.

Diante disso, conclui-se que a lógica manicomial nos HCTPs permanece porque se apoia em estruturas jurídicas, políticas e culturais que produzem a exclusão como resposta institucional ao sofrimento psíquico. A permanência desse modelo comprova que, enquanto não houver compromisso com a desinstitucionalização, com o fortalecimento de cuidado territorial e com o reconhecimento de que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são sujeitos de direitos e não objetos de controle, os HCTPs continuarão a operar como instituições totais, produzindo invisibilidade e apagamento social. Assim, a desinstitucionalização não deve ser entendida apenas como um objetivo técnico, mas um compromisso ético, político e social.

REFERÊNCIAS

BAQUEIRO, F. R. L.; BRITO, M. C. Das vidas precárias às vidas nuas: uma análise do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia na perspectiva da reforma antimanicomial. **Profanações**, v. 10, p. 101–132, 2023.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1231-1248, 2015.
BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
BRASIL. Decreto nº 6.049, de 27 de fevereiro de 2007. Aprova o Regulamento Penitenciário Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2007.
BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 1940.
BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 19
BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1984
BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: OPAS, nov. 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005.
BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** 30 de junho de 2011.
CAETANO, H.; TEDESCO, S. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde em Debate** [online]. v. 45, n. 128, pp. 191-202, 2021.

CAPEZ, F. **Curso de direito penal: parte geral - arts. 1º a 120.** São Paulo: Editora Saraiva, v. 1, 2022. E-Book. ISBN 9786555596021. Disponível em: < https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788547229566/ >.

CARDANO, M. **Manual de pesquisa qualitativa: A contribuição da teoria da argumentação.** Tradução de E. R. Conill. Vozes, 2017.

CONFESSOR JUNIOR, W. G.; DIMENSTEIN, M. Do discurso do poder ao silêncio da loucura: o manicômio judiciário e o fetiche da punição. **Revista de Psicologia Política**. São Paulo, v. 21, n. 50, p. 285-298, abr. 2021. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2021000100020&lng=pt&nrm=iso >.

CONFESSOR JUNIOR, W. G.; DIMENSTEIN, M. O Iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário na fronteira da reforma psiquiátrica brasileira. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal , v. 26, n. 2, p. 174-184, jun. 2021. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2021000200006&lng=pt&nrm=iso >.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação das (os) psicólogas (os) no sistema prisional.** Brasília, CFP. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **O sistema prisional brasileiro fora da Constituição – 5 anos depois: balanço e projeções a partir do julgamento da ADPF 347**. [S.l.]: CNJ, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução de Magda Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERREIRA, E. Z. *et al.* A influência da internet na saúde biopsicossocial do adolescente: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 73, n. 2, 2020.

FRANCO, T. M.; VINUTO, J.; VARGAS, J. D. Quando a segurança é a prioridade: Práticas de gestão em instituições híbridas de interface com a prisão. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 16, n. 5, 1-24. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Linha do Tempo da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Laboratório de Atenção Psicossocial –

LAPS/ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: < https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/ >.
KEMPER, M. L. C Desinstitucionalização e saúde mental de privados de liberdade com transtornos mentais: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 12 [Acessado 3 Abril 2025], p. 4569-4577, 2022.
LARIVOIR, C. O. P.; ALVES, M. D. S. Lógica manicomial x atenção psicossocial: o olhar da equipe de enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 24875-24882, 2021.
LIMA, F. A. C. D. Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33078, 2023.
MACHADO, N. O.; GUIMARÃES, I. S. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 5, n.1, p. 566-581, 2014.
MALVASI, P. A.; DANTAS, H. DE S.; MANZALLI, S. F. Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, p. e210720pt, 2022.
MARCONI, M. D. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.
MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Rio de janeiro: Editora Vozes, 2002.
MIRANDA, R. B.; GOLDBERG, A.; BERMUDEZ, X. P. D. Programas de reinserção social para egressos do sistema prisional no Brasil: há um olhar para o recorte de gênero?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4599–4616, 2022.
MONTEIRO, F. M.; CARDOSO, G. R. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: Um debate oportuno. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 13, n. 1, p. 93–117, 2013.
MOREIRA, R. E. A.; SIMIONI, R. L. Arte, direito e psicologia na trajetória de Nise da Silveira e seus reflexos na luta antimanicomial. **Ratio Juris: Revista Eletrônica da Graduação da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, v. 5, n. 2, p. 23-40, 2022.
NISIIDE, A. C. B.; BAGATIN, T. BOARINI, M. L. O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciários: as decisões dos desembargadores paranaenses. **Em Pauta: teoria social e**

realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 21, n. 54, pp. 124-140, 2024. Disponível em: < https://doi.org/10.12957/rep.2024.80310 >.
NUNES, G. R.; WANDERLEY, P. P. S.; MARQUES, H. R. **A ineficácia da medida de segurança diante da precariedade dos hospitais de custódia.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2023.
OLIVEIRA, A. S.; OLIVEIRA, H. N. D.; BARROS, H. L. D.; DIAS, F. M. V. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada? **Revista de Ciênc Saúde Coletiva**, v. 27, n.12, p. 4553-4558. Minas Gerais, 2022.
OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 15-20, 2021.
OLIVEIRA, G. C. D; VALENÇA, A. M. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 29, n. 4, 2020.
OLIVEIRA, L. V., SALVADOR, P. T. C. D. O., COSTA, G. M. C., NEVES, R. D. F., FREITAS, C. H. S. D. M. Assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: perspectiva de gestores e profissionais de saúde **Abstract. Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 33, 2023.
PAIXÃO, G. S. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: uma análise sobre seus fundamentos e permanência. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**, v. 7, n. 1, p. 82-102, 2021.
RETHLEFSEN, M. L.; PAGE, M. J. PRISMA 2020 and PRISMA-S: common questions on tracking records and the flow diagram. J**ournal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 110, n. 2, p. 253, 2022.
ROMANINI, M., PAULO, S. M, PASCHE, D. F., PINTO NETO, M. D. F. Saúde mental, direitos humanos e sistema penal: reinventando a extensão em tempos pandêmicos desmedidos. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 31, n. 1, e210391, 2022.
SÁ, G., LIMA, E. J. B. Entre hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista FSA**, Teresina, v. 20, n. 12, p. 206–222, 2023.

SANTOS, A. L. G. D.; FARIAS, F. R. D.; PINTO, D. D. S. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 4, p. 1215-1230, 2015.
SILVA, A. A. **Das Vidas Que Não (se) Contam: Dispositivos De Desinstitucionalização Da Medida De Segurança No Pará**. 2015.
SILVA, M.; SILVA, P. **O policial penal e as dificuldades enfrentadas na atuação profissional dentro dos complexos penais brasileiros.** Orientadora: Gercina Cavalcante. 2022. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Potiguar, Mossoró, 2022.
SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional: Reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016.
SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, G. S.; ALVES, L. H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da FUCAMP**, Monte Carmelo, MG, v. 20, n. 43, p. 64-83, 2021.
TORRES, C. R. D. O. V.; FONSECA, L. A. N.. Ações de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento. **Diálogos Possíveis**, v. 19, n. 2, 2020.
WERMUTH, M. A. D.; BRANCO, T. S. C. Medidas de segurança no Brasil em tempos de pandemia: da biopolítica à necropolítica? **Revista Jurídica (FURB)**, v. 25 n. 56, p. e9939-e9939, 2021.

A desinstitucionalização na expressão do cotidiano de um centro de convivência: a radicalidade do cuidado em liberdade

Janisse de Oliveira Carvalho

Inverso
Colhendo pensamentos
De universos submersos
Delírios, sublime loucura
Abrindo meus mundos diversos
Prazer de estar bem
No contato
Contando que seja pros versos
Falar que sou grato em sorrisos
É tudo que sempre converso.
(Henrique Aranha, poeta e frequentador da Inverso).

APRESENTAÇÃO.

Este artigo é uma parte de minha tese de doutorado em Política Social, apresentada no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília em 2018, intitulada "*Possibilidades e Limites da Desinstitucionalização em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal: Contribuições para Consolidação da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira*". A pesquisa aconteceu no Centro de Convivência INVERSO, que funciona em Brasília – DF há mais de vinte anos. A análise inicia assumindo-se como uma versão da realidade, e como uma versão, deixa aberta a possibilidade para outras mais versões. Aqui "colhemos pensamentos", como nos diz Aranha no verso que abre este capítulo, expressos nas conversas de subsolo.

A reflexão sobre o processo de desinstitucionalização, que pauta esse trabalho, tem como referência o Relatório da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas – CNSMAD do Ministério da Saúde (Brasília. 2016), no qual são descritas cinco dimensões para compreendermos desse processo: 1) Circuito de Controle que corresponde a

descentralização do hospital psiquiátrico; 2) Instituição Aberta e Instituição Fechada, que diz respeito a dinâmica institucional que facilite o exercício dialógico, participação, protagonismo e consenso, na produção de normas e regras de conduta; 3) Exercício do Poder, que propõe relações menos hierarquizadas; 4) Manter Contradições Abertas, que demonstra como são as respostas institucionais aos acontecimentos cotidianos; 5) Ação Prática que implica no como se dá o exercício da cidadania e da autonomia.

A partir dessas dimensões elaboramos "Unidades de Análise" que irão nortear as discussões neste trabalho sobre os desafios e limites para concretização do projeto desinstitucionalizatório num Centro de Convivência. São elas: 1) liberdade de expressão; 2) Transdisciplinaridade; 3) Práxis democrática; 4) Relação entre institucionalidade e Desinstitucionalização e 5) A Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade. Respectivamente correspondentes com as dimensões propostas pelo Relatório da CNSMAD.

A INVERSO.

A *Inverso* é uma Organização Não-Governamental criada para oferecer um espaço de convivência para pessoas com sofrimento mental. Sua origem se confunde com a história do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal – MPSMDF e sua concepção inscrita no terreno ideológico e filosófico da luta antimanicomial. Abriu suas portas em 8 de março de 2001, pelas mãos de ex-alunos do Curso de Residência Multiprofissional, notadamente uma iniciativa de virada do século e de tentativa de continuidade das mudanças na Política de Saúde Mental local, mudanças essas que vinham ocorrendo desde 1995.

A Inverso nasce assim, na virada para virar, para inverter o lugar social e historicamente instituído para a Loucura. O grupo dos egressos projetou-a para ser um espaço-lugar de expressão e liberdade, radicalmente fundamentado no paradigma da desinstitucionalização (Faleiros; Campos; Faleiros, 2017). Um espaço para porem em prática os aprendizados e sonhos compartilhados durante a formação, e demonstrarem sua insatisfação diante do quadro de retrocesso que o Distrito Federal passava na época com a gestão distrital, que pôs chão abaixo as conquistas anteriores (Faleiros, 2017).

De lá pra cá, a Inverso foi se consolidando enquanto esse espaço, e hoje, ainda de portas abertas (Faleiros, *et al.*, 2017), funciona com a oferta de atividades, chamadas oficinas, nos moldes de um atelier, que acontecem durante o período da manhã e tarde, e compreendem temas como música, convivência, saúde, culinária, intervenção urbana e artesanato. Possui uma diretoria colegiada composta por três membros, um grupo de profissionais voluntários responsáveis pelas oficinas, os "Oficineiros", como são chamados. Acompanhando a linhagem da formação militante-crítica e continuada, os Oficineiros iniciaram seu percurso na Inverso por meio de estágios e/ou participação em projetos de extensão. Na data dessa pesquisa frequentavam a Inverso aproximadamente quarenta pessoas entre frequentadores, profissionais das áreas da psicologia, serviço social e enfermagem (entrevistados), estagiários e extensionistas, sem contar com os visitantes, que são uma constante no dia a dia das oficinas.

A metodologia da Inverso é portas abertas, isso significa, além do termo literal, suas portas ficam abertas para qualquer pessoa que deseje conhecer ou participar das atividades sem o compromisso de ficar. Suas estratégias são o acolhimento afetivo; a escuta singularizada e a liberdade de expressão de movimentos, pensamentos e sentimentos, por meio do uso livre da palavra manifestada de forma oral ou em forma de poesia, desenhos, música ou pintura, ou tudo junto.

A dinâmica das Oficinas segue essas estratégias e advém da demanda dos Frequentadores, que participam desde a escolha dos nomes, datas das festas, lugares para visitação e passeios etc.

O aparato institucional da Inverso se resume no espaço físico, endereço; no material de uso da coletividade, como móveis e material didático, por exemplo; na regularidade dos dias e horários das oficinas; nas reuniões entre os oficineiros; supervisões clínico-institucionais; e recentemente, no relato sobre o que ocorre durante as oficinas via *Whatsapp*. Prontuários, fichas, uniformes, crachás de identificação, relatórios mensais e outras formalidades não existem na Inverso. Para participar basta o desejo, corpo presente e a expressão.

Enquanto espaço de formação, há seis anos a Inverso mantém acordo de cooperação com universidades, públicas e privadas, oferecendo campo de estágio e extensão dos cursos de Serviço Social, Psicologia e Direito, bem como estudantes advindos de projetos extensionistas.

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA INVERSO.

LIBERDADE DE EXPRESSÃO.

Segundo os parâmetros da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas – PNSMAD e conforme documentos oficiais de onde extraímos tais dimensões referenciais, os caminhos para a superação do circuito de controle são a produção de uma dinâmica de normatização democrática e articulação comunitária. Mas como isso acontece na Inverso?

Sobre a questão da normatização, num circuito clássico, que nesse campo da saúde mental é conhecido como *manicomial*, sabemos que é construída impositivamente, desconsiderando a opinião dos sujeitos atendidos, pois parte do princípio que tais indivíduos não têm capacidade de opinar sobre a vida em sociedade. Como consequência, precisam da tutela para que outrem decidam por eles e zelem por sua segurança e dos demais indivíduos.

Por isso, para desconstruir esse circuito a liberdade é, pois, o elemento central. Se pensarmos em termos de liberdade para o louco, encontraremos o cruzamento necessário que carrega em si a crítica ao processo normatizador do Circuito Manicomial: a liberdade da desrazão. Isto é, criar espaço propício para que a pessoa se expresse como ser livre.

A ideia de liberdade aqui, é entendida em termos de reconhecimento da capacidade do sujeito estabelecer trocas sociais e nessas trocas ser capaz de se identificar e ser identificado como sujeito singular (SARACENO, 2001). Em outros termos, a liberdade pensada como um aspecto central na conivência diz respeito a essa capacidade de negociação do que cada um, envolvido numa relação, deseja e pensa. Esse termo poderia ser traduzido por participação, ou poder contratual dos sujeitos em se posicionar e expressar o que desejam, mas optamos pelo termo "liberdade".

"Liberdade de Expressão" está intimamente ligada a questão da autonomia. Campo e Faleiros (2017) denominam de "autonomia relacional" (p. 61), autonomia esta que aparece implicada com a questão da independência e da normatização própria da sociedade em que vivemos. Nesse sentido, a livre expressão na Inverso acontece e desconstrói por dentro o

mecanismo que sustenta o Circuito de Controle Clássico Manicomial o qual o processo de desinstitucionalização pretende romper.

Nessa dinâmica, a "Liberdade de Expressão" é entendida como possibilidade constante de manifestar desejos, projetos, expectativas, opiniões, queixas, delírios, sentimentos e emoções via o uso da linguagem-fala, expressa em palavras, poesias, músicas; ou pela linguagem-corpo, uso do espaço, escolha de onde sentar e ficar durante as oficinas, ficar em pé, deitado, participar ou não participar.

Faleiros e Campos (2017) chamam para o trabalho realizado pela Inverso como uma metodologia, que reúne método e procedimentos, que imprimem sobre a prática do conviver uma nova normatização. Incluindo a possibilidade mais fortemente negada no manicômio, que é a possibilidade de existir. "Liberdade de Expressão" carrega em si uma outra ética possível, uma ética da liberdade que se contrapõe a ética do aprisionamento sob o julgo da manutenção da ordem e do controle. Sobre isso, Costa-Rosa (2014), defende uma "ética da Atenção Psicossocial", que se reflete na prática do cuidar-se e não do cuidar de; na coadjuvância do técnico; na centralidade do sujeito como agente, sapiente, demandante, objetor e desejante; expressa na política baseada no carecimento e no desejo; inscrita na mediação da relação pela linguagem, capaz de perceber o entre.

TRANSDISCIPLINARIDADE.

Desinstitucionalizar implica em abrir o espaço institucional a novos modos de produzir normas e regras. Tais processos fazem parte de qualquer instituição, e a maneira de como são construídos vão apontar para possibilidade ou não de se criar um outro lugar para a loucura. Mas então, como acontece a abertura Institucional na Inverso? Quais fatores estão envolvidos?

Pensando na "Abertura Institucional", observamos que na Inverso, o fato de ser um espaço de militância, desde sua concepção, e de formação profissional, a "Transdisciplinaridade" é um elemento constituinte, que marca o Centro de Convivência como um espaço desinstitucionalizatório.

Segundo o Relatório da CNSMAD/MS (Ministério da Saúde, 2016), a questão do desafio do fechamento dos espaços hospitalares manicomiais diz respeito a normatização necessária e importante, contudo é um

processo que irá apontar para qual projeto uma dada instituição caminha. A "Abertura Institucional", é entendida como a forma de produção de normas e condutas que nortearão a convivência entre os sujeitos, é importante ressaltar que ainda segundo o Relatório, tais normas e regras tem o desafio de serem construídas a partir do consenso, da participação e do protagonismo dos usuários.

Em sua dinâmica institucional, a Inverso possui uma diretoria colegiada, composta por três membros. As decisões que dizem respeito a limpeza e manutenção do local em geral são tomadas pelo colegiado, como compra de material, conserto de móveis, computadores, pagamento de contas, etc. As decisões que dizem mais diretamente ao coletivo são levadas para as oficinas e dialogadas com todos os frequentadores da Inverso, como datas das festas, organização de passeios, oficinas que desejam que aconteçam, nomes das oficinas, sobre o que comer e beber. Nesse sentido o poder transita.

Registramos duas situações de construção de uma normatização da abertura institucional. A primeira é com relação a chave do local onde funciona o Centro de Convivência. Durante um tempo alguns frequentadores-usuários tinham a posse da chave da Inverso. Sabemos que o ato de dar a chave de um espaço para alguém representa no mínimo uma relação de confiança. Faleiros, E. (2017) é enfática ao afirmar que a posse da chave por parte dos frequentadores é a expressão máxima e a radicalidade do exercício do poder democrático na Inverso. Esse processo se deu gradativamente de acordo com a necessidade de um ou outro frequentador. As normas e regras quanto ao uso foram sendo construídas na medida em que a cópia da chave se espalhava para um número maior de frequentadores.

Foram inúmeros os casos com relação ao uso da chave e somente há três anos, o uso da chave foi questionado quando se tomou conhecimento que mais pessoas tinham a cópia da chave e o uso indevido em outros horários fora das oficinas, o que ia contra o acordo estabelecido, comprometia a segurança, a higiene e manutenção dos materiais do local, etc. Tal situação foi discutida em assembleia e a concessão da chave foi suspensa, exceto para os frequentadores responsáveis pelas oficinas. "Desde a adoção dessa prática tínhamos clareza de que não se tratava de uma 'aventura', mas de uma prática antimanicomial fundamental, que exigia

uma normatização (definição de critérios e limites) e, portanto, deveria ser planejada para se evitar riscos" (Faleiros, E., 2017, p. 45).

A segunda situação diz respeito ao que se convém chamar de "público alvo" de um serviço. Em se tratando de um Centro de Convivência, ainda que em saúde mental, qual seria o público alvo? Sobre essa questão houve uma situação da chegada de um frequentador que tinha história de abuso de substâncias psicoativas e apresentava comprometimento na audição, e que por falta de acompanhamento no seu desenvolvimento, também apresentava dificuldade na fala.

No início de sua interação na Inverso, o frequentador não teve dificuldade de adaptação e comunicação, quando esta se mostrava impeditiva, o grupo se mobilizava para tentar ajudá-lo a se expressar e a ser compreendido. No entanto, com a falta de acompanhamento na RAPS, relação familiar comprometida e as recaídas no uso e abuso de substâncias, o frequentador começou apresentar comportamento violento e pouco colaborativo, impactando na convivência com os demais. Em alguns de seus ataques violentos, chegou a agredir um outro frequentador, quebrar objetos, cuspir no chão, não querer participar das atividades da convivência como lavar louça, sair para comprar o lanche, limpar a sala após as oficinas, atividades estas que costumava ser bem participativo. Tal comportamento provocou um grande debate entre todos os frequentadores da Inverso, que levantaram diversas possibilidades para fazê-lo parar com aquelas atitudes, desde tentativas de acolhimento, diálogo, repreensão, até a expulsão foi cogitada. Para chegar a um consenso a diretoria, junto com equipe de trabalhadores e o Coletivo, realizaram reuniões de discussão do caso. Abolida a alternativa de expulsão ou impedimento da entrada do frequentador no local, optou-se pelo acolhimento e diálogo. Para tornar possível, uma das estratégias encontrada foram aulas de línguas de sinais durantes as oficinas, na tentativa de melhorar a comunicação com o frequentador. Observamos que nesse período, ele passou a demonstrar mais tranquilidade e participação. No período de realização das Entrevistas e do Grupo Focal, o frequentador em questão havia mudado de cidade. Os relatos sobre a saída, são de que sua despedida foi tranquila e reconciliadora.

Nesses dois casos, é possível observar que a resolução e encaminhamentos dados a cada situação, demonstram uma flexibilidade e abertura na elaboração e reelaboração de normas e regras. Isso revela alguns

aspectos importantes que compõe o campo da "Transdisciplinaridade": a) prática disciplinar fluida, sem rigor ou ortodoxia; b) exercício dialógico, que reflete o que Faleiros e Campos (2017) denominam de "práxis democrática", na qual a escuta e as trocas afetivas fazem parte; c) exercício da interprofissionalidade.

Em termos de Abertura Institucional a Inverso mantém as portas abertas enquanto uma estratégia de cuidado e inclusão, e a "Transdisciplinaridade" é um elemento fundamental do saber-fazer e assim elaborar e reelaborar normas e regras, pondo a prova a radicalidade da desinstitucionalização

PRÁXIS DEMOCRÁTICA.

A "*Práxis Democrática*" (Campos; Faleiros, 2017), é um processo de agir-refletir sobre o mundo, mantido por uma relação dialógica entre os partícipes sobre o que é/será feito e o que se pensa sobre o que foi/ será feito: "[...] vive-se sempre o dilema da relação de independência e da autonomia frente às normas estabelecidas" (p. 61). Ela é um processo de reflexão crítica que deve levar os sujeitos à participação democrática nos processos de decisão sobre as atividades propostas, bem como ao questionamento sobre o Lugar-Espaço que o estigma mantém para a loucura tanto em nossa sociedade quanto em nossas representações sociais a respeito. A "Práxis Democrática" deve compor ações que transponham os "muros" institucionais e até a função central daquela instituição, em nosso caso, atividades que ultrapassem a questão da saúde mental enquanto campo psiquiátrico.

Esse processo está presente na metodologia de trabalho da Inverso. Em Faleiros, E. et al. (2017), são descritas diversas experiências de pesquisa e intervenção, e fica claro que a ação-reflexão-ação no cotidiano das atividades desenvolvidas na Inverso existe e vai desde a escolha dos temas das oficinas à avaliação delas.

Um exemplo foi quando da nossa atuação junto a oficina de "Corpo e Expressão" realizada antes do período da pesquisa de campo. A princípio, era uma oficina que trabalharia expressão corporal e a preparação para o teatro, uma proposta dos técnicos. Nesse período inclusive, chegamos a ensaiar uma peça que foi apresentada na festa de final do ano em 2015. No semestre seguinte, notamos que no processo de trabalhar o

corpo havia uma necessidade de *falar* sobre o corpo e a sexualidade. Ao consultar os frequentadores sobre a continuidade ou não da oficina, concluímos que ela deveria se chamar "Corpo e Sexualidade", e as atividade de dança ou jogos de expressão ficaram como coadjuvantes, isto é, entravam somente como exercícios de aquecimento e estimulação da palavra.

Este exemplo demonstra que o "exercício do poder" no processo da Inverso se dá democraticamente e com a participação de todos. Associamos essa prática às teses da Psiquiatria Democrática Italiana e das atividades de arte de Engenho de Dentro de Nise da Silveira, quando esta última destacava o poder dos "clientes" sobre o curso das atividades.

Além dessa participação direta no curso das atividades, percebemos que há um processo de ação-reflexão no que diz respeito ao estigma da loucura, sobre a questão do diagnóstico e a manifestação das opiniões a respeito.

Outra expressão dessa prática refletida é a criação do Bloco do Rivotrio, antes rivotril para referenciar diretamente ao nome da medicação comercializada, e recentemente associado à palavra Trio que nos remete a trio elétrico, que mais se aproxima ao contexto para o qual nasceu: o carnaval. Nessa atividade, é notório como a questão da saúde mental-psiquiátrica passa pela crítica ao uso e abuso do medicamento a que faz referência, e de como a questão da crítica à medicalização da sociedade é posta em xeque. O Bloco surgiu da demanda de um frequentador que foi compartilhada por outros frequentadores da Inverso da época de sua criação em 2011, que relatou naquele momento, nunca ter participado de um carnaval por causa de sua condição de "doente". Hoje ele ocupa importante espaço na cena cultural da cidade e reúne coletivos e pessoas que na sua maioria, comunga da crítica presente na concepção do Bloco.

Há três anos o *Bloco do Rivotrio* passou a fazer parte da agenda do carnaval de Brasília e o que era uma reunião entre pares (saúde mental) expandiu para comunidade. Antes de colocar o bloco na rua, acontecem na Inverso, oficinas no período que antecede ao carnaval, janeiro-fevereiro. Nesses momentos são pensados o tema para aquele ano, música, fantasias e performances.

INSTITUCIONALIDADE E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

Manter Contradições Abertas (Relatório da CNSMAD) é a capacidade da instituição de produzir respostas aos acontecimentos e demandas cotidianas. Para análise deste quesito, elegemos a questão da "Institucionalidade e Desinstitucionalização" como Unidade/Tema de análise sob o qual se inscreve talvez a principal contradição das práticas que se pretendem antimanicomiais ou libertárias: a possibilidade em identificar quando determinada atitude ou postura pode tensionar verdadeiramente em direção ao que defendemos como projeto desinstitucionalizatório, e quando ela reforça a institucionalização persevera que subjuga os sujeitos. Dito de outra forma: quando a institucionalidade significa organização da vida em coletividade e quando ela implica na manutenção disfarçada de pilares da institucionalização da loucura, que mantém por exemplo a centralidade do saber técnico, a falta de liberdade de expressão, a normatização impositiva que prejudica a expressão da subjetividade em nome de uma ordem pré-existente, ou de uma participação tutelada? (DEMO, 2005).

Ao falamos de dispositivos substitutivos ao manicômio, nos referimos aos espaços onde as relações de poder são construídas democraticamente e as estratégias para resolução das demandas seguem na mesma direção. Para Costa-Rosa (2014), coexistem no contexto da Reforma em Saúde Mental dois paradigmas: Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Paradigma Psicossocial. Para o autor é preciso rever sobre o modo de funcionamento da instituição e refletir criticamente quais em quais parâmetros nossas estratégias estão embasadas.

Nessa direção, Costa-Rosa (2014) lembra que uma instituição é uma articulação de saberes refletidos nas esferas dos discursos, das práticas e das produções. Nesse sentido, entendemos que as transformações no campo institucional compreendem esses modelos como um processo continuo de revisitação dessas esferas, e que isso não significa na exclusão necessariamente de um pelo outro. Basta-nos ver a história da assistência psiquiátrica no Brasil e a coexistência, mesmo após a Reforma em Saúde Mental, dos dois modelos mencionado.

Nesse sentido, como ser fiel ao projeto da desinstitucionalização reconhecendo a necessidade de uma certa medida de institucionalidade? Como isso ocorre na Inverso?

Partimos do pressuposto de que a institucionalização é um processo perverso de subtração de qualquer expressão da subjetividade; e que a institucionalidade é uma construção coletiva de normas e regras capazes de atender a dinâmica e a diversidade da demanda de cada serviço. Na institucionalização o grau de formalização das regras e normas é forte e hegemônico, ainda que se forjem espaços de diálogo, como estudos de caso por exemplo. Doutro lado temos dialeticamente o processo de desinstitucionalização que também precisa de certa institucionalidade.

Percebemos que as respostas institucionais da Inverso, frente aos problemas cotidianos se inscrevem na metodologia das oficinas; na criação de novas atividades; no o processo de acompanhamento dos casos mais desafiantes; na não centralidade do diagnóstico ou do tratamento pautado na cura; o que aponta para uma dinâmica institucional menos formal do que a vista em outros espaços (Faleiros e Campos (2017). Na sua dinâmica de funcionamento, existe a necessidade de formalização mínima do atendimento, como estratégias menos informais de comunicação ou de acionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

A institucionalidade inscrita no processo de Desinstitucionalização se faz necessária e sua construção e precisa fazer parte de procedimentos na mesma medida democráticos o suficiente para serem aplicados na realidade de um Centro de Convivência. Refletir sobre a necessidade da institucionalidade sem que esta se configure um processo de institucionalização perversa, parece-nos ser um momento em que a contradições se fazem presentes. O “manicomial” e o “antimanicomial”, existem como opostos que se tencionam na dinâmica institucional. Considerando nosso método de referência, entendemos que as dimensões da institucionalidade estão numa relação dialética com o projeto desinstitucionalizatório. Isto é, para criar um projeto antimanicomial, vamos precisar da institucionalidade, ao mesmo tempo ficar atento a possibilidade da coexistência de práticas ou atitudes pseudo-antimanicomiais que disfarçam os elementos perversos de práticas manicomiais em serviços abertos.

A crítica a institucionalização deve fazer parte de um roteiro de ação cotidiana, e diríamos até que extrapole o campo da saúde mental, ou campo profissional e chegue a vida no dia a dia. A crítica a institucionalidade, contudo, precisa ser cuidadosa, visto que a vida em comunidade ainda nos exige parâmetros que norteiem nossas condutas. O exercício da liberdade, na perspectiva da desinstitucionalização, implica na

possibilidade de nos relacionar uns com os outros, e isso requer em certa medida uma dose de organização da vida coletiva, requer uma institucionalidade.

A PRIMAZIA DA CONVIVÊNCIA E O PRETEXTO DA ATIVIDADE.

A "Ação Prática" num centro de convivência dever ser a convivência. Segundo o documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde, 2016) é preciso considerar:

> A desinstitucionalização como um eixo ético-técnico-político da prática cotidiana e da transformação do cuidado na atenção psicossocial e, portanto, um eixo norteador das práticas de toda a RAPS. **Desinstitucionalizar significa promover mudança, transformação de toda ordem, não só da vida dos moradores de hospitais psiquiátricos, mas também dos familiares, profissionais, da comunidade, entre tantos outros atores envolvidos neste processo** (p. 04, destaque nosso).

Para Venturini (2016), "é na prática e não na teoria, o ponto de partida e o ponto de chegada de nossas ações: ela é a verificação de nossas palavras, nosso verdadeiro documento de crédito" (p.21). A "Ação Prática" se resume na Inverso na centralidade da Convivência enquanto um "dispositivo ético-político-clínico em saúde mental" (Nishikawa; Resende, 2017 c, p. 93). Isto significa afirmar que, na Inverso se privilegia a convivência em relação as atividades desenvolvidas nas oficinas, que são um pretexto para conviver. Isto é, as oficinas são estratégias que facilitam e permitem a convivência. Por isso a Atividade como um Pretexto, um subterfúgio, uma manobra para nos levar até ali e convivermos.

Nesse campo a Convivência é tecida por diversos aspectos que dão forma e conteúdo para o processo de desinstitucionalização desenvolvido naquele espaço-lugar: o Acolhimento, Afeto e a Escuta; Respeito a Singularidade no lugar do Estigma; Autonomia, Cidadania e Emancipação; e o legado da Formação Crítica e Militante. A convivência como dispositivo de cuidado (Resende, 2015).

Segundo Eva Faleiros (2017), na Inverso a atividade ou oficina é apenas um meio para facilitar o encontro e a convivência. "Na Inverso funcionam atividades estruturadas (Oficinas) e atividades livres. As

Oficinas, oferecidas semanalmente, são concebidas como um MEIO para proporcionar trocas e convivência entre seus participantes. São espaços de criação, de livre expressão e de produção" (p. 39). Isso implica num diferencial importante em se tratando de um Centro de Conivência, pois essa postura, da "*Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade*", é o adubo que nutre a terra e deixa o terreno fértil para a plantação de novas práticas e saberes.

A CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO: ACOLHIMENTO, AFETO E A ESCUTA.

Durante o processo de pesquisa foi possível notar como a convivência está intimamente associada ao vínculo espontâneo e afetivo que as pessoas desenvolvem na Inverso. Nise da Silveira, no seu método de trabalho, ressaltava a importância do acolhimento, escuta e afeto como os grandes catalizadores do encontro entre os envolvidos com o cuidado em saúde mental.

O Afeto diz respeito a capacidade de afetar ou nos afetar por algo ou alguém. No dicionário as palavras "interessar" e "comover" aparecem como sinônimos do ato de afetar (Holanda, 2015), seguindo nessa linha de raciocínio podemos inferir que ter afeto por alguém implica em ter interesse em nos movimentar juntos, implica aí, a evidência da reciprocidade das relações humanas que nos fala Demo (2005). O reconhecimento do afeto qualifica a práxis da Inverso no que diz respeito principalmente ao acolhimento e a escuta. Ele dialoga com a proposta basagliana de colocar a doença mental entre parêntese e nos relacionarmos com a pessoa que sofre e a sua singularidade.

O afeto e a escuta compõem o acolhimento na Inverso e se baseiam na perspectiva de transformação do estigma do Louco e da Loucura como erro ou incapacidade. Essa postura, descrita como necessária para prática antimanicomial (Vasconcelos, 2003; Lobosque, 2004; 2001; Basaglia, 2001; Rotelli, 1990; Amarante 2016; 2007; 2001; Saraceno, 2001) passa antes pelo respeito a singularidade da pessoa que sofre. No olhar desestigmatizador, refletido no *modus operante* da Inverso.

A RADICALIDADE DO CUIDADO EM LIBERDADE: LIMITES E DESAFIOS PARA AMPLIAÇÃO DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.

É sabido que recentemente experimentamos um retrocesso na Política de Saúde Mental, com o refinanciamento de Hospitais Psiquiátricos, paralização na abertura de novos CAPS, financiamento público para Comunidades Terapêuticas e uma precarização sistemática nos serviços existentes. Assim, defender a criação de Centros de Convivência parece o cumulo da utopia. Entretanto, os Centros de Convivência existentes, como a Inverso, demonstram um verdadeiro movimento de resistência, ao mesmo tempo em que comprovam a necessidade em continuarmos na perspectiva de cria-los. Hoje são um pouco mais de 100 Centros de Convivência e Cultura – CECO no Brasil segundo o Ministério da Saúde. Eles foram pensados como parte dos serviços que compõem a RAPS, mas só recentemente a Portaria GM/MS Nº 5.738 de novembro de 2024, instituiu-os na RAPs.

Nessa pesquisa, concentramos as análises em um centro de convivência, e isso já aponta o primeiro desafio: o de tronar público as experiencias de desinstitucionalização que acontecem nesses espaços que possam servir de referência para Política de Saúde Mental. No caso da Inverso, outro desafio se coloca para nós, que diz respeito a natureza jurídica da instituição. Como dito anteriormente, a Inverso, é uma ONG, dependente da atuação da sociedade civil. Ela é parte de uma engrenagem ainda em construção precária, que é o cuidado em saúde mental.

Segundo Leal (2014), as ONGs são expressões da organização da sociedade civil diante de uma demanda específica, possuem uma natureza contraditória uma vez que são o resultado das mobilizações inscritas nas lutas sociais, importantes atores que tencionam o Estado na resolução às demandas da comunidade, ao mesmo tempo em que se propõem a atender a essa demanda com seu trabalho: “ONG é uma expressão da sociedade civil, um espaço de experiências, de metodologias inovadoras” (p. 237), mas que “nunca pode ser confundida com o Estado, isto é, Estado é Estado, ONG é ONG” (idem).

Por outro lado, ainda segundo Leal (2014), ao mesmo tempo em que as ONGs articulam espaços para o diálogo entre Sociedade Civil e Estado, mobilizam diferentes atores sociais com interesses diferentes. O

elemento que aproxima e viabiliza essa organização é a noção de direitos humanos: "Nessa direção, o discurso dos direitos humanos ganha quase o peso de uma instituição, de onde vem o seu risco de instituinte e instituído. Como discurso instituinte é um instrumento emancipatório. Quando discurso instituído, está sujeito a ser manipulado" (p. 239).

Na Inverso fica claro que esse ponto de interseção na luta pela garantia dos direitos humanos está claro. Diríamos que, considerando o público-alvo, pessoas em sofrimento (loucos), é ainda o direito de ser reconhecido primeiro como um ser humano, subtraído durante os séculos de institucionalização da loucura. Assim sendo, ao se colocar na luta cotidiana e exaustiva, a Inverso vive contraditoriamente seu limite, enquanto instituição, e sua potencialidade, como um espaço de expressão das diferenças e de luta política na garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental.

O cuidado em liberdade tem um outro desafio: a cultura. O pensamento predominante nos debates em sala de aula e eventos que problematizam a questão da saúde mental é ainda sobre o que fazer com as pessoas que "ficam soltas por aí", "abandonadas". Discurso que esconde a cultura do encarceramento, do isolamento presente na sociedade e reforçada pela ascensão de ideologias de extrema direita, que põem em xeque a proposta da RAPs e pregam a ineficácia da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, como sendo causadores dessa desassistência. Essas críticas, contudo, são um reflexo de um movimento de contrarreforma em curso que precariza os serviços abertos e os apontam como "incompetentes" no cuidado em saúde mental.

A defesa da criação de Centros de Convivência e Cultura – CECOs é, portanto, uma expressão da necessidade em defendermos a radicalidade do cuidado em liberdade, ao mesmo tempo em que afirmamos a importância de fortalecermos a RAPs e combatermos veementemente a colocação das Comunidade Terapêuticas no formato atual como parte dessa rede, por exemplo.

Os CECOs, segundo a Portaria Nº 5.738 do Ministério da Saúde, são considerados um ponto de atenção de saúde mental complementar e potencializador das ações de cuidados em saúde, um espaço de convívio entre diferentes pessoas e grupos da comunidade, com intervenção nas dimensões individual e coletiva. São estratégicos e se referenciam no trabalho criativo de arte e cultura para fortalecimento e reconstituição dos

laços sociais. Em saúde mental, o propósito do trabalho com arte-cultura, deve privilegiar postura crítica, que amplie as possibilidades de ser social, possibilidades estas que foram mutiladas e tolhidas pela institucionalização. Nessa direção, nossa defesa é no sentido de que as atividades de arte-cultura, podem nos apresentar elementos que se entrecruzam com a proposta desinstitucionalizatória.

Para nós, o processo de desinstitucionalização compreende duas dimensões importantes: a da Política, Cuidado e Assistência e a da Arte-Cultura, Trabalho e Comunicação, todas duas expressas no cotidiano da comunidade, nas relações intrafamiliares, nas relações com a vizinhança, nas relações sociais. Na primeira dimensão podemos pensar numa subdivisão que corresponde ao campo da Clínica propriamente dita, que envolve o manejo e intervenção em crise, trabalho interdisciplinar, terapia medicamentosa, clínica geral, atividades esportivas, terapias chamadas alternativas como de argila ou florais (muito comum nos Centros de Atendimento em Trieste/Itália), musicoterapia, arteterapia, oficinas de geração de renda, de teatro e dança, só pra citar alguns exemplos. E outro campo que podemos chamar de Político-Institucional, que trata de estabelecer a intersetorialidade com a Política de Saúde Mental, por meio de programas como o da Economia Solidária, da elaboração de Leis, portarias e outros recursos de implantação de estratégias políticas; programa de geração de renda e de profissionalização das iniciativas engendradas nos CAPS e em CECOs, incentivos financeiros para abertura de serviços comunitários, que propiciem a convivência entre pessoas com questões de saúde mental e público em geral.

Na dimensão da Arte-Cultura, Trabalho e Comunicação, podemos incluir as ações que correspondem a formação e supervisão clínico institucional de profissionais, familiares e usuários, diálogos sistemáticos com os movimentos sociais, por meio da criação de espaços de aprofundamento do tema e acompanhamento das ações (planejamento e implementação), projetos de geração de renda e a criação de estratégias de convivência, como as da Inverso, e comunicacionais voltadas para desconstrução do estigma e do preconceito e para educação da população na forma de se relacionar com a loucura.

Ao pensarmos as atividades de arte-cultura, entendemos que elas se inscrevem nas duas dimensões com predominância na segunda, mas, se entrecruza no seu fazer com o campo da Clínica e da Política, quando

provoca a participação mais ativa dos sujeitos nos seus processos de cuidado.

Outro desafio é a questão da avaliação e sistematização regular e contínua dos resultados alcançados com as atividades, que dificulta em certa medida a publicização do processo emancipatório que ocorre nesse lugar. Entendemos que dispositivos como os CECOs que se pretendem antimanicomial, precisam ser polos de formação e práxis contínuas. Para nós, fica claro que esses dois movimentos se inscrevem fortemente no projeto desinstitucionalizatório da Inverso. Para Amarante (*In*. Faleiros, 2017), as atividades da Inverso:

> [...] permitem-nos conhecer e refletir sobre a complexidade desse processo, que vai muito além do modelo assistencial, construindo novos lugares sociais para a loucura, construindo nossos sujeitos e novos direitos para as pessoas em sofrimento psíquico. É uma aula viva de desinstitucionalização entendida como produção de culturas, de convivências e sociabilidades e de trabalhos de base territorial (p. 14).

Para nós, essa opinião reflete bem o que aprendemos neste processo de pesquisa, ao mesmo tempo em que entendemos, que tal experiência não descarta as possibilidades de recriação de outras estratégias capazes de atuar nas transformações no campo da Saúde Mental.

Por fim, a radicalidade do cuidado em liberdade é desafiadora para todos nós, profissionais, usuários e familiares, pois põe a prova a forma como a institucionalidade funciona para cada um. Entender a convivência como dispositivo de cuidado e a liberdade como seu combustível é se colocar na linha de frente da contracultura do manicômio, das práticas reforçadoras da subalternidade. É assumir a posição radical de que sem liberdade não há possibilidade de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial para além da reforma psiquiátrica**. Assis: UNESP, 2014.

DEMO, P. **Éticas multiculturais:** sobre convivência humana possível. Petropólis: Vozes, 2005.
FALEIROS, E. A posse da chave é a chave da prática desinstitucionalizada. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 25-54.
HOLANDA, A. B. **Mini Aurélio:** o dicionário da língua portuguesa. Dicionário da Língua Portuguesa. Goiânia: Editora Positivo, 2015.
LEAL, M. L. P. **Mobilização da ONGs no Enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.
LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/ms Nº 5.738,** 2024
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2011-2015**. Brasília. 2016.
NISHIKAWA, C. A.; RESENDE, T. I. M. Convivência: dispositivo desinstitucionalizante de cuidado. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 91-112.
RESENDE, T. I. M. **Eis-me aqui:** a conviveria como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. 2015. 423f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UnB - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.
SARACENO, B. **Libertando Identidades:** de reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Tecorá/Instituto Franco Basaglia – IFB, 2001.
VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e opressão:** empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.
VENTURINI, E. **A Linha Curva:** o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

Estado mulheres no sistema prisional: perdas e possíveis impactos em suas vidas

Marina de Almeida Mota
Verena Souza Souto
Marilda Castelar

INTRODUÇÃO.

O cárcere brasileiro é compreendido de forma técnica como um espaço de cumprimento de pena, mas o que se vê é um espaço para disciplina e controle através da punição e definhamento dos sujeitos, evidenciando, sobretudo, um recorte de classe, gênero e raça. O encarceramento em massa promovido impede a promoção de condições mínimas para a manutenção dos internos, transgredindo os mínimos exigidos para suas tutelas e, consequentemente, cumprimento de suas penas (Silva, 2023).

Nesta realidade marcada por desigualdades estruturais, as mulheres privadas de liberdade vivenciam essas contradições de maneira ainda mais acentuada, vivendo uma realidade onde o abandono é uma constante. Este abandono se manifesta tanto no aspecto afetivo, com a ausência de visitas e apoio familiar, quanto no aspecto institucional, com a insuficiência de políticas públicas que abordem as necessidades específicas das mulheres presas (Abreu *et al.*, 2025).

A exclusão social, as perdas e dificuldades que essas pessoas enfrentam precedem o momento de sua prisão e se estendem para além dele, fragilizando seus laços sociais e a compreensão de sua própria identidade. Proporcionar a essas mulheres oportunidades adequadas de capacitação profissional durante o encarceramento podem ajudá-las a conseguir um emprego após o cumprimento da pena, facilitando assim a reinserção social e a quebra do ciclo de vulnerabilidade social e violência (Miranda; Goldberg; Díaz, 2022).

Com base nessas considerações, o presente estudo objetiva compreender as perdas vivenciadas e possíveis impactos nas vidas das mulheres privadas de liberdade, a partir da análise dos relatos reunidos, buscando

viabilizar uma reflexão necessária sobre a temática das perdas e carências de diferentes ordens e suas repercussões na população carcerária. As múltiplas perdas que essas mulheres vivenciam constituem um cenário de precariedade e insalubridade, que precisa ser pensado à luz das políticas públicas e dos direitos humanos.

Dessa maneira, espera-se que o descaso e a violência historicamente direcionados às mulheres presas não continuem a ser reproduzidos, e, assim, estas mulheres possam retornar ao convívio social mais amplo, de forma digna e inclusiva, como preconizado na Lei de Execução Penal nº 7.210/84 (LEP), promulgada em 11 de julho de 1984.

A SITUAÇÃO DAS MULHERES ENCARCERADAS NO CONTEXTO DO SISTEMA PRISIONAL.

As mulheres encarceradas sempre foram negligenciadas, pois todo sistema penitenciário assim como as leis foram criados a partir de uma ótica masculina. Tal situação é resultado de uma perspectiva machista onde as necessidades dos homens são o ponto de partida para as tomadas de decisões, o que acarreta a invisibilização das singularidades femininas.

Devido às construções sociais de gênero, ao cometerem um crime, as mulheres sofrem com a discriminação social de forma mais severa do que os homens, considerando que tal ação é vista como um comportamento não esperado para elas, que comumente são associadas ao papel social de donas de casa e mães de família (Santana; Rios; Oliveira, 2021).

No contexto do encarceramento, a maioria das mulheres que são presas apresenta situação prévia de vulnerabilidade social, sendo jovens, negras, de baixa escolaridade e oriundas de estratos sociais desfavorecidos (Aquino *et al.*, 2021). Percebe-se que mesmo antes da sua condenação, estas mulheres já são invisíveis no sistema prisional e na sociedade em geral, e esta situação só piora quando são encarceradas (Abreu *et al.*, 2025).

Essa invisibilidade estrutural e institucional contribui para a naturalização de práticas que violam os direitos humanos, e se sustenta por meio da aplicação de penas degradantes, que são majoritariamente aplicadas a um grupo específico da sociedade, quase como um pretexto para a tortura, que fica camuflada como a sentença. O que se vê é a

desumanização no sistema prisional, que serve para castigar e estigmatizar aqueles que já nasceram às margens da sociedade (Silva, 2023).

Como resultado desse processo, a mulher acaba por ser duplamente penalizada, pois quando em liberdade, está aprisionada aos padrões do legado patriarcal que anseia pela domesticação dos seus corpos e, após o seu aprisionamento, de fato, passa a adquirir o valor de coisa, tendo como merecidas as violações de direitos e da dignidade (Veronese; Silva, 2023). Diante disso, o crescimento do cárcere feminino apenas intensificou uma situação historicamente conflituosa e desafiadora, além de promover maior dificuldade na implementação dos direitos humanos dentro das penitenciárias.

Acrescido a esse fator, tem-se que as estruturas dos presídios não foram feitas adequadamente para a recepção do público feminino. Ademais, o Estado insiste em, erroneamente, dar um tratamento igual para necessidades diferentes e intensifica, destarte, os problemas referentes às questões humanitárias nas penitenciárias (Santana; Rios; Oliveira, 2021).

Em resposta ao cenário de violações e desrespeito à PPL, foram elaborados instrumentos legais voltados à garantia de direitos e deveres dessa população. Destaca-se o marco definidor para implementação e obrigatoriedade de apoio à população carcerária e aos egressos do sistema prisional no Brasil denominado Lei de Execução Penal nº 7.210/84 (LEP), promulgada em 11 de julho de 1984.

A LEP surgiu em decorrência de reestruturação no Código Penal, em 1940, com o propósito de inserir prescrições que abarcassem a proteção de direitos humanos aos indivíduos privados de liberdade (Souza, 2015). No entanto, a efetivação desses direitos ainda enfrenta desafios para seu pleno exercício, levando à elaboração de políticas mais específicas voltadas às mulheres privadas de liberdade.

Uma referência para a temática das mulheres encarceradas é a elaboração da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), que foi criada pela Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, tendo como "objetivo reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para as garantias dos direitos das mulheres nacionais e estrangeiras" (Brasil, 2014).

Ainda que a PNAMPE represente um avanço no âmbito legal, sua implementação enfrenta obstáculos relacionados à lógica punitivista do sistema prisional e no déficit de recursos financeiros e materiais, o que perpetua a invisibilidade feminina no cárcere e impacta no processo de retorno dessa mulher à sua família e ao convívio social mais amplo, configurando um dos desenhos da necropolítica no sistema prisional, através da dificuldade de acesso aos bens sociais que permitirão a vida em sociedade (Oliveira; Nogueira, 2023).

Essa realidade marcada por déficits e privações se reflete desde o ingresso no sistema prisional, a interna tem neste momento restrições e novas regras a serem seguidas. Essa dinâmica se torna ainda mais complexa na presença do crime organizado nas prisões, onde as regras centralizadoras das facções substituem o código das pessoas presas (Batista; Nascimento; Barreira, 2023).

Além disso, o ambiente físico é delimitado, e são estabelecidas normas de boa conduta e roupas padronizadas, criando assim uma identidade coletiva (Soares; Gomes; Corvello, 2021). Diante dessa realidade, o 'eu' da pessoa interna é sistematicamente mortificado, embora, muitas vezes, não o seja intencionalmente.

Trata-se de um movimento brutal que vai muito além do simples cessar do corpo. A morte se inicia lentamente pelo estado psicológico da pessoa, levando o homem e a mulher aos sentimentos, tais como: pavor, ódio, tristeza, desconfiança e dor (Soares; Gomes; Corvello, 2021).

Neste sentido, a tentativa de reestruturação dessa mulher ainda dentro do presídio é frustrada, somando-se ao preconceito e estigmatização impostos pela sociedade, que por vezes, deixa transparecer o medo, a desconfiança, e deste modo, marginaliza-se aquela que tenta se enquadrar à coletividade.

O efeito desta marca pode desencadear consequências irreversíveis às mulheres em privação de liberdade, que podem levar à reincidência (Souza; Dantas; Navarro, 2020), especialmente caso não haja oportunidades fora do sistema prisional para seu estabelecimento em sociedade.

Nota-se, portanto, que se algumas das perdas vivenciadas ao longo da reclusão são evidentes e concretas, como a da liberdade e a interrupção do contato com o meio externo e seus familiares, outras são caracterizadas enquanto perdas simbólicas, dos seus trajes e modos de ser.

METODOLOGIA.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, baseada na análise de relatos de profissionais de saúde que atendem cotidianamente mulheres privadas de liberdade no contexto prisional.

Como critério de inclusão, foram considerados os profissionais do sistema prisional, majoritariamente profissionais de saúde, que trabalharam diretamente com as mulheres privadas de liberdade. As entrevistas foram realizadas com quatro profissionais atuantes no sistema prisional da Bahia de forma online pela plataforma Google Meet.

As participantes da pesquisa, que se auto identificam como mulheres, apresentam idades entre 32 e 63 anos e média de idade de 42 anos, excluindo-se um participante que optou por não informar a idade exata. Em relação a cor ou raça, três participantes se autodeclaram pardas, enquanto uma participante se autodeclara preta. Quanto ao tempo de experiência no sistema prisional, este variou entre 33 anos, como tempo máximo, e 5 anos, como o menor tempo. Em relação às profissões das pessoas entrevistadas, identificam-se duas assistentes sociais, uma psicóloga e uma agente penitenciária. A diversidade de perfis e tempos de atuação contribuiu para a construção de uma visão plural sobre o funcionamento do sistema prisional e sobre as condições das mulheres privadas de liberdade.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encaminhado de forma virtual por e-mail com posterior devolução às pesquisadoras responsáveis. As cinco entrevistas foram realizadas no período de abril de 2023 a janeiro de 2024. Como empregou métodos empíricos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública (CAAE: 358235822.9.0000.5544). Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, os riscos potenciais ao se realizar a entrevista foram apresentados para os participantes. Esses riscos envolviam a possibilidade de dano à dimensão psíquica e moral, identificação por quebra de anonimato, o risco de constrangimento e desconforto por conta de alguma pergunta.

A fim de compreender as perdas e os significados relacionados à experiência de aprisionamento das mulheres, a partir das perspectivas das profissionais entrevistadas, foi utilizado o método de núcleo de sentidos

de González Rey. Para isso foi necessário a operacionalização em determinadas etapas. Inicialmente, todos os relatos foram lidos para uma compreensão global do material das entrevistas. Em seguida, a análise dos materiais voltou-se à identificação dos pré-indicadores temáticos, trechos de falas que compõem um significado e relacionam-se com a compreensão do objetivo de pesquisa.

Posteriormente, realizou-se a identificação dos indicadores, a partir da aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição (Aguiar; Ozella, 2013), e por fim, foram estabelecidos os núcleos de significação. Os núcleos devem expressar aspectos essenciais do sujeito. Eles devem superar tanto os pré-indicadores como os indicadores. Devem, assim, ser entendidos como um momento superior de abstração, o qual, por meio da articulação dialética das partes – movimento subordinado à teoria –, avança em direção ao concreto pensado, às zonas de sentido (Aguiar; Ozella, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Para atender aos objetivos da pesquisa, bem como para a análise e interpretação das entrevistas, foram definidos os seguintes núcleos temáticos: "Acesso à saúde para as mulheres privadas de liberdade", que reuniu os indicadores 'Cuidados pessoais e de saúde' e 'Políticas públicas para as mulheres privadas de liberdade', e "Subjetividades decorrentes do aprisionamento", do qual derivaram os indicadores 'Relações interpessoais das mulheres privadas de liberdade' e 'Sistema prisional e a "ressocialização"'.

Essas categorias possibilitaram compreender tanto os aspectos institucionais e políticos quanto os aspectos subjetivos das experiências de mulheres privadas de liberdade, demonstrando o enlace existente entre o aspecto social e o simbólico no contexto prisional.

ACESSO À SAÚDE PARA AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.

Quando analisamos o acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade, percebemos que suas necessidades específicas, especialmente as relacionadas ao corpo e ao cuidado íntimo, ainda são pouco consideradas

pelo sistema prisional. As profissionais entrevistadas relatam que, embora haja distribuição de kits de higiene, a oferta é insuficiente e não acompanha as demandas reais dessas mulheres.

> "*Sim, elas recebem mensalmente kits de higiene, mas é sempre insuficiente, a família sempre também leva. O que é oferecido normalmente [...]* ***são produtos que não são de qualidade*** *[...], mesmo assim, as famílias levam e elas (mulheres) também se queixam bastante, então é insuficiente e não contempla todos os itens que uma mulher precisa*" (Psicóloga, negra, 35 anos).

Nota-se, a partir da fala da entrevistada, a insuficiência de materiais de higiene e de materiais voltados à saúde menstrual dessas mulheres. Essa lacuna no cuidado à saúde acarreta a responsabilização das mulheres pelo próprio cuidado ou a atribuição dessa função a seus familiares.

A falta de insumos não se refere apenas a um problema logístico, mas traduz um processo de desumanização, no qual as necessidades das mulheres privadas de liberdade são negligenciadas e demonstra a ausência de um olhar crítico e sensível às questões relacionadas ao gênero no sistema prisional.

Além disso, a inversão da responsabilidade pela manutenção do cuidado à saúde das mulheres presas, evidencia a ausência da implicação do Estado nesse cenário, o que reforça a invisibilidade de gênero dentro do sistema prisional, ultrapassando os limites da pena, ao atingir a esferas dos direitos fundamentais da PPL e da dignidade humana.

> "*Só entram dois pacotes de absorvente", mas o homem não sabe qual o fluxo daquela mulher, às vezes aquele pacote só dá para dois dias, e quando termina vai colocar miolo de pão [...] essas mulheres que cumprem a pena em instituições mistas, elas cumprem a pena com mais perversidade, porque ela não tem voz e nem vez,* ***o sistema é masculinizado, é machista***" (Agente penitenciária, negra, 63 anos).

Esse panorama evidencia, portanto, um fragmento das violações de direitos que essas mulheres enfrentam, onde a precariedade material e simbólica estrutura o modo de vida das internas de maneira coercitiva e restritiva. O poder punitivo do Estado, ao ser exercido, frequentemente restringe não apenas a liberdade das mulheres no cárcere, mas também

viola outros direitos fundamentais não abrangidos pela condenação (Brito; Moraes, 2023).

Nesse contexto, os conflitos e as queixas relacionados à higiene entre as internas indicam que o problema vai além da simples infraestrutura, envolvendo também a gestão do espaço e a educação para o convívio social dentro do cárcere. Ou seja, a administração não só precisa garantir condições físicas mínimas, mas também implementar políticas em práticas que promovam a convivência harmônica e o respeito mútuo, o que inclui educação em saúde, higiene e direitos (Lima; Almeida, 2025).

Ao levar em consideração os relatos trazidos, percebe-se que mesmo com a existência de políticas públicas para as mulheres privadas de liberdade, a eficácia e o alcance dessas políticas enfrentam desafios impostos tanto pela própria estrutura do sistema prisional quanto pelas práticas de gestão exercidas nesses espaços. Os relatos das trabalhadoras do sistema prisional evidenciam a distância entre o que está previsto na LEP e o que se concretiza no cotidiano das instituições prisionais.

Diante dessas limitações e da necessidade do cuidado às especificidades do público feminino, em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), a qual tem o objetivo de garantir os direitos das mulheres dentro do sistema prisional brasileiro e prevenir todos os tipos de violência contra essas mulheres.

Essa política articula-se com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), buscando, dessa forma, a atenção integral à saúde da mulher e, especificamente em relação às ISTs, enfatiza a importância de ações voltadas para sua prevenção, diagnóstico e tratamento (Castro; Fonseca, 2024).

> "*Não [acontece] como deveria ser, por conta das limitações [...] Mas não 100%, não é tão perfeito [...] nem todos os serviços são disponibilizados lá na unidade, tem que buscar externamente e então já encontra alguns obstáculos. Porque quando você busca externo, você não tem aquela exclusividade [...] você tem que se misturar com toda a população que está aqui fora também*" (Assistente Social, negra, 32 anos).

Quando a pessoa adentra o sistema, tem o dever do cumprimento da pena, entretanto não fica desprotegida de seus direitos enquanto cidadã.

O direito de acesso à prevenção, promoção e tratamento em saúde permanece e deve ser garantido pelo Estado brasileiro, e não pensar em estratégias de saúde específicas para essa população pode impactar negativamente a saúde pública (Brito *et al.*, 2021).

Dessa maneira, as faltas materiais, o abandono estatal direcionado à PPL e a ineficiência na prática das políticas públicas, produzem um cenário de vulnerabilidade que ultrapassa a dimensão física e alcança a subjetividade dessas mulheres, expressando uma forma de violência institucional.

> "*Nós não temos recursos para garantir ações de promoção e de prevenção para todos.* ***É precário ainda, é desarticulado***" (Assistente Social, negra, idade não identificada).

Apesar das garantias e direitos constitucionais adquiridos à saúde das mulheres privadas de liberdade, na prática, essas pessoas estão desprotegidas da possibilidade de terem acesso às ações de saúde concebidas em sua integralidade (Brito *et al.*, 2021). A desassistência institucional no acesso à saúde pode ser compreendida como uma forma de controle simbólico do corpo feminino, além de explicitar o caráter machista e misógino da gestão do sistema prisional.

Subjetividades devido ao aprisionamento.

O impacto do aprisionamento na constituição da subjetividade das mulheres se dá na forma como elas sentem, pensam, significam e se reconhecem enquanto sujeitos dentro de um ambiente de coerção e restrição. Neste contexto, observa-se a passagem da mulher-sujeito para a mulher-objeto, podendo o cárcere ser compreendido também como um espaço de produção das subjetividades.

A noção de subjetividade é marcada pela multiplicidade que se entremeia aos desejos e afetos atravessando os processos subjetivos, intermitentemente perpassados por signos e símbolos, valores e normas de um dado momento da sociedade (Barbosa, 2020). No contexto do aprisionamento, as mulheres privadas de liberdade veem-se obrigadas a se desfazerem dos seus símbolos e características individuais, para que assim estejam adequadas ao ambiente do cárcere.

Diante desse movimento, suprime-se dessas mulheres seu status de pessoa, sua identidade e individualidade, movimento que impacta em

suas relações interpessoais e visão de si. A perda da identidade torna-se especialmente evidente quando se observa a experiência da maternidade dentro do cárcere, uma vez que ela expõe as múltiplas violações de direitos humanos que incidem sobre as mulheres privadas de liberdade.

Além disso, o encarceramento em massa de mulheres tem impactos significativos sobre as próprias detentas e na sociedade em geral. Muitas mulheres no sistema prisional são mães, e o encarceramento afeta suas famílias, especialmente seus filhos (Sousa; Araújo; Leonel, 2024). A fragilização e, por vezes, extinção dos vínculos afetivos é intensificada pelo abandono de parceiros e familiares, como observado no seguinte relato:

> "*São aquelas que estão ali, à frente do cuidado com a família, do cuidado com filhos menores, do cuidado com os pais, com os idosos. Então quando essa mulher é retirada desse convívio, a família sofre um desamparo muito grande e, principalmente, quando envolve crianças*" (Assistente Social, negra, idade não identificada).

Isto impõe a necessidade de reorganização familiar, interrompe a convivência das mulheres com os filhos que, em muitos casos, ficam expostos a situações de desproteção. Tudo isto leva à precariedade ou mesmo à total ausência de assistência familiar à mulher presa, que fica, assim, dependente da administração prisional ou de outras presas (Mar *et al.*, 2025).

Dessa forma, percebe-se que a privação de liberdade das mulheres implica também na restrição do convívio familiar. A privação deste contato pode ser percebida através da ausência das visitas, o que contribui para a perda da socialização, impactando na construção da subjetividade da mulher encarcerada e fragilizando seus vínculos afetivos e identitários, uma vez que o convívio social é essencial para o reconhecimento e construção de si a partir do outro.

> "*Uma outra questão é que elas não têm um apoio sistemático dos companheiros, na grande maioria das vezes esses companheiros abandonam essas mulheres, então eles não visitam, eles muitas vezes abandonam lá, eles não cuidam*" (Assistente Social, negra, idade não identificada).

Esse abandono simbólico e físico reforça o caráter punitivista e

violento que recai sobre as mulheres presas. Além da privação da liberdade, elas enfrentam a perda de laços afetivos, a solidão imposta e o estigma social.

As pesquisas voltadas para a solidão vivida pelas mulheres privadas de liberdade revelam que esse fenômeno está diretamente atrelado ao julgamento social e moral, que reprovam cegamente o caráter transgressor feminino, dificultando o seu retorno ao meio social. (Dias, 2024). Dessa maneira, o cárcere se caracteriza como um espaço produtor de traumas e despersonalização dessas mulheres, reforçando a desumanização inscrita no cumprimento das penas.

Nesse cenário, os efeitos emocionais e sociais produzidos pelo encarceramento estendem-se para além do período de reclusão, influenciando a constituição subjetiva dessas mulheres e condicionando os desafios enfrentados no processo de retorno ao convívio social.

O retorno ao convívio social mais amplo se caracteriza como um processo de reconstrução subjetiva, no qual as mulheres anteriormente privadas de liberdade precisam produzir sentidos e significados relacionados a suas experiências de aprisionamento e buscar novas possibilidades de pertencimento.

O sistema prisional tende a punir com mais severidade os "indesejáveis sociais", entre os quais se encontram as mulheres empobrecidas e racializadas, contribuindo para o agravamento de sua exclusão. Neste sentido, o perfil do encarceramento feminino no Brasil reflete, de maneira agravada, as desigualdades estruturais enfrentadas por mulheres socialmente vulneráveis.

A vivência no cárcere feminino está diretamente ligada à reprodução de violências simbólicas e institucionais, com relatos frequentes de maus-tratos, negligência médica, superlotação e condições insalubres (Costa e Silva, 2025). Essa seletividade estrutural é também observada pelas profissionais do sistema prisional, que identificam o caráter excludente do sistema capitalista como base do encarceramento.

> "*O sistema capitalista produz essas instituições para colocar esse exército aí que não tem lugar, não tem um espaço para eles no sistema, eles vão ficar ali recolhidos mesmo*" (Assistente Social, negra, idade não identificada).

No contexto brasileiro, ao se falar da população carcerária, é importante salientar que no ano de 1984, a Lei da Execução Penal (LEP), nº 7.210, foi sancionada para assegurar os direitos do apenado nas penitenciárias brasileiras e a sua reintegração à sociedade. Nesta lei, estão assegurados deveres e direitos dos apenados, para assegurar o cumprimento da pena como uma oportunidade de reinserção na sociedade, sem que estes percam sua dignidade como indivíduos (Oliveira *et al*., 2020).

A reinserção social tem como premissa a garantia de humanização da passagem da pessoa privada de liberdade da instituição correcional à sociedade, considerando as questões dos direitos humanos, educação e saúde, a fim de situar o indivíduo que infringiu a lei como centro do processo e não o crime (Mar *et. al*, 2025).

Ainda que a LEP se proponha a garantir direitos e promover a ressocialização, sua implementação é marcada por profundas lacunas entre o texto jurídico e a prática institucional.

> "*Essas internas cumprem uma dupla penalidade, a penalidade processual e a penalidade por não ter acesso ao serviço muitas vezes. A questão do egresso já é uma outra situação, é uma política que não está devidamente efetivada, mas a gente tenta com os recursos que a gente tem*" (Psicóloga, negra, 35 anos).

A dupla punição imposta às mulheres, de ordem jurídica e social, é explicitada na fala da profissional. Essa percepção dialoga com a leitura de Juliana Borges (2019), ao tratar da morte social das mulheres encarceradas. A inexistência de políticas eficazes de retorno ao convívio social mais amplo e o acesso à educação e ao trabalho contribui diretamente para a manutenção da exclusão social e sua morte social.

Poucas unidades oferecem cursos profissionalizantes ou programas educacionais regulares, e, quando existem, são limitados em vagas e em diversidade de atividades (Costa; Silva, 2025). Uma profissional entrevistada descreve sua atuação no processo de reintegração:

> "*Eu tenho que criar pontes, eu tenho que criar acessos, viadutos para essas pessoas [...] quem é que dá oportunidade a um ex-presidiário? Ninguém. A sociedade civil é muito hipócrita, ela não dá oportunidade, ela prefere apontar o erro, ela prefere achar que o preso tem que ficar na cadeia mesmo cumprindo a pena... e quando sai, se não existe prisão*

> *perpétua no Brasil, o que é que vai fazer com essas pessoas?*" (Agente penitenciária, negra, 63 anos).

A lacuna entre o discurso legal e a prática é confirmada pelas profissionais que relatam as dificuldades de atuação no processo de retorno dessas mulheres ao convívio social mais amplo. Nota-se que que o processo de retorno ao convívio não se restringe a medidas realizadas apenas no sistema prisional, mas depende da transformação do imaginário social acerca da figura da mulher egressa.

De acordo com Juliana Borges (2019), o panorama do sistema prisional, somado às questões de gênero e raça, resulta em uma "morte social" da pessoa privada de liberdade. Este cenário revela que o estigma social resultante da passagem pelo cárcere e da dinâmica pós-encarceramento dificulta a restituição de sua cidadania e de seu status, de sorte a suscitar um aprofundamento de vulnerabilidades já previamente maculadas pelo racismo em sua dimensão estrutural.

Ainda segundo a autora, à privação de liberdade do indivíduo, por conseguinte, soma-se também a negação de direitos e a reafirmação de relações sociais marcadas pela opressão racial, vez que, conforme já citado anteriormente, a maioria da população carcerária é composta por negros e negras (Bueno, 2023).

O sistema prisional torna-se fatalmente sinônimo de insalubridade, superlotação, direitos violados e, consequentemente, um local onde a dignidade humana perde seu valor, e as mulheres não têm seus direitos efetivados (Costa; Silva, 2025).

Esse panorama reforça a urgência de políticas intersetoriais, por meio de um olhar interseccional, atento às especificidades e necessidades das mulheres, para que seu retorno se dê a partir de intervenções baseadas na dignidade e nos direitos humanos.

A construção de uma perspectiva de futuro para as mulheres privadas de liberdade começa dentro do próprio sistema prisional, mas depende de um esforço contínuo que se estende para além dos muros da prisão. O retorno ao convívio social mais amplo eficaz requer a colaboração entre o governo, a sociedade civil e outros setores da sociedade para criar um ambiente onde as mulheres egressas possam realizar este retorno de maneira produtiva (Silva; Lima; Zambam, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O encarceramento das mulheres não apenas retira a liberdade, mas amplia as desigualdades estruturais e perpetua a desumanização infligidas a elas, anteriores a seu contato com o sistema prisional. A privação de liberdade provoca impactos de ordem física, psíquica e emocional nas pessoas privadas de liberdade.

Entretanto, no caso das mulheres, esses efeitos assumem contornos específicos, como o acesso limitado a recursos e cuidados de saúde adequados, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, as mulheres muitas vezes lidam com discriminação e estigmas baseados em papéis de gênero, sendo duplamente punidas em função disso. A prisão torna-se para essas mulheres um espaço de constante violação de direitos e de diversas punições.

A população minorizada que compõe o contingente populacional do sistema prisional, enfrenta em momento anterior ao encarceramento, desafios que atravessam a vivência no cárcere. Ao saírem da prisão, essas mulheres são designadas como "egressas" ou "ex-presidiárias", não possuindo o direito à humanidade e ao retorno ao convívio social mais amplo de forma digna.

Ao entrar em contato com os relatos e analisar as experiências trazidas pelas trabalhadoras do sistema prisional, é possível compreender as dinâmicas sociais, emocionais e de gestão que marcam o dia a dia das prisões em que estão essas mulheres. Desse modo, o encarceramento se revela mais como continuidade de um processo de exclusão do que como instrumento de ressocialização.

As entrevistas utilizadas nesta pesquisa foram realizadas exclusivamente com profissionais do sistema prisional. Dessa forma, as vivências das mulheres privadas de liberdade ou egressas não puderam ser contempladas, uma vez que suas próprias experiências não foram diretamente descritas. Para estudos futuros, recomenda-se incluir as vozes das próprias mulheres privadas de liberdade, possibilitando que sejam narradoras de suas próprias experiências.

Além disso, a ausência de participantes dissidentes de gênero nas entrevistas impediu a análise de especificidades relacionadas às violências, barreiras institucionais e demandas de saúde que atravessam a experiência de mulheres transgênero no sistema prisional, o que representa

uma limitação para a abrangência e profundidade dos resultados.

A análise dos dados levantados permitiu evidenciar a atuação de um modelo necropolítico, misógino e racista na gestão das vidas das pessoas privadas de liberdade. Compreender as dinâmicas e forças que estruturam o funcionamento do sistema prisional é essencial para repensar políticas públicas e práticas institucionais que sustentam tanto a necropolítica quanto o racismo estrutural presentes nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. I. C. de; RUTTE, I.; BUIAR, J. L. dos S.; CORDEIRO, M. O abandono de mulheres encarceradas. **Revista Multidisciplinar do UniSantaCruz**, *[S. l.]*, v. 3, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.55905/rmuscv3n1-004. Disponível em: < https://periodicos.unisantacruz.edu.br/index.php/revmulti/article/view/445. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

AGUIAR, W.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, DF, v. 94, n. 236, p. 299-322, 18 abr. 2013. DOI: https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.94i236.400. Disponível em: < https://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/view/3542. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

AQUINO, L. C. D. de; LAURINDO, C. R.; SILVA, M. F.da; LEITE, I. C. G.; CRUZ, D. T. da. Mulheres encarceradas: relação entre autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias: relationship between self-rated health and discriminatory experiences. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, v. 12, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2832. Disponível em: < https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2832. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

BARBOSA, N. P. **A psicologia social e os atravessamentos na subjetividade do sujeito com alternativa penal e seus possíveis impactos**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Pitágoras Ipatinga, Ipatinga, 2020. Disponível em: < https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/670/340. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

SORIA BATISTA, A.; NASCIMENTO, F. E. DE M.; BARREIRA, C. Das negociações com as facções à afirmação do monopólio da violência do Estado nas prisões: preços a serem pagos. **Ciências Sociais Unisinos**, Guarulhos, v. 58, n. 2, p. 143–155, 17 fev. 2023. DOI: https://doi.org/10.4013/csu.2022.58.2.07. Disponível em: < https://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/25779. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

BORGES, J. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 12. Disponível em: < https://central3.to.gov.br/arquivo/370306/. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRITO, B. G.; TAVARES, D. H.; HERREIRA, L. F.; ROSA, J. V. M.; FRANCHINI, B. Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: Uma revisão de literatura. **SANARE – Revista de Políticas Públicas***,* Brasília, v. 20, n. 1, 2021.

BRITO, N. T. V.; MORAES, J. A. L. Desafios únicos: Explorando as dificuldades vivenciadas pelas mulheres no sistema prisional brasileiro. **Encontro de Saberes Multidisciplinares***,* São Luis, v. 1, n. 2, p. 01-18, 2023. Disponível em: < https://facamencontrosaberes.com.br/index.php/esm/article/view/17/14 >. Acesso em: 23 mar. 2026.

BUENO, I. S. "Todo camburão tem um pouco de navio negreiro": colonialidade do poder punitivo e a produção da morte no cárcere. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 31, n. 363, p. 10–12, 2024. Disponível em: < https://www.publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/1570. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

CASTRO, L. R. B.; FONSECA, A. L. A. Análise das políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento das ISTs em mulheres em situação de cárcere. *In:* CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS JURÍDICAS DA UEM, 2. 2024, Maringá. **[Anais]**. Maringá: LG Ensino e Pesquisa, 2024. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/389606960_Anais_do_II_Congresso_Internacional_de_Ciencias_Juridicas_da_UEM. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

COSTA, C. D. L.; SILVA, M. S. L. da. Mulheres privadas de liberdade e o princípio da dignidade da pessoa humana: uma análise sob a ótica dos direitos humanos. **REMUNOM**, *[S. l.]*, v. 11, n. 1, p. 1–25, 2025. DOI: https://doi.org/10.61164/rmnm.v11i1.4120. Disponível em: https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/4120. Acesso em: 23 mar. 2026.

DIAS, T. H. M. M. Sistema prisional feminino brasileiro: A realidade vivida pelas mulheres em situação de cárcere. **Revista Avant**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 364–385, 2024. Disponível em: https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/avant/article/view/7353. Acesso em: 23 mar. 2026.

LIMA, A. F. A.; ALMEIDA, A. A. de. As condições de higiene e dignidade das mulheres no sistema prisional feminino em Porto Velho/ RO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, *[S. l.]*, v. 11, n. 6, p. 3380–3396, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i6.19960. Disponível em: < https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19960 >. Acesso em: 23 mar. 2026.

MAR, J. M.; RIBEIRO, E. A.; SILVA, H. O. da; PAGANELLE, P. R.; AMOÊDO, R. S. de. Vivências femininas no cárcere: uma entrevista com mulheres presidiárias em um sistema prisional de Manaus. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, *[S. l.]*, v. 14, n. 1, p. e1683, 2025. DOI: https://doi.org/10.23900/2359-1552v14n1-114-2025. Disponível em: < https://journalppc.com/RPPC/article/view/1683 >. Acesso em: 23 mar. 2026.

MIRANDA, R. B.; GOLDBERG, A.; BERMUDEZ, X. P. D.. Programas de reinserção social para egressos do sistema prisional no Brasil: há um olhar para o recorte de gênero?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4599–4616, dez. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.13012022. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/Kkv6VbqHPPXs5TNDtq9vkWK/?lang=pt >. Acesso em: 23 mar. 2026.

OLIVEIRA, A.; SANTOS, A. K.; SOUZA, M. E.; CARMONA, R. A precariedade do sistema prisional brasileiro. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 37–45, 2020. Disponível em: <

https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/1490 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
OLIVEIRA, F. D. P. M.; NOGUEIRA, D. C. A. Necropolítica e ressocialização no sistema prisional: Impactos no direito à educação do apenado. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**, v. 9, n. 1, p. 1–22, 2023: Disponível em: < https://www.semanticscholar.org/paper/NECROPOL%C3%8DTICA-E-RESSOCIALIZA%C3%87%C3%83O-NO-SISTEMA-IMPACTOS-Oliveira-Nogueira/d9d48e6905336a166c555ec48ed7e3c833320ad7 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SANTANA, K. R. C.; RIOS, J. S.; OLIVEIRA, Y. G. L. Encarceradas: A dor por trás das grades: A violação do princípio da dignidade humana e da personalidade da pena nas prisões brasileiras. **Sitientibus**, v. 63, p. 15–21, 2021.
SILVA, D. C. A. D. **A vida após o cárcere: fatores sociais que dificultam a reinserção social de egressos do sistema prisional e corroboram com a reincidência criminal no Brasil**. 2023. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2023. Disponível em: < http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/6222 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SILVA, M. B.; LIMA, M. C. K.; ZAMBAM, N. J. Mulheres no cárcere: Uma breve discussão sobre a realidade de gênero no sistema prisional brasileiro. **Revista do Tribunal Regional Federal da 3ª Região**, São Paulo, v. 35, n. 159, p. 101–122, 2024. Disponível em: < https://revista.trf3.jus.br/index.php/rtrf3/article/view/499/475 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SOARES, C. P. G.; GOMES, M. S. B. M.; CORVELLO, C. Da prisão à universidade: um relato autobiográfico. **Revista Eletrônica de Educação**, *[S. l.]*, v. 15, p. e4662028, 2021. DOI: https://doi.org/10.14244/198271994662. Disponível em: < https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/4662 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SOUSA, A. S.de; ARAÚJO, F. S. da C.; LEONEL, J. de O. O superencarceramento e a violação aos direitos femininos no interior do sistema prisional brasileiro. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, *[S. l.]*, v. 10, n. 6, p. 231–242, 2024. DOI:

https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14105. Disponível em: < < https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14105 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SOUZA, L. A. G.; DANTAS, S. B.; NAVARRO, A. M. M. O direito ao trabalho como instrumento na concreção da ressocialização dos presos egressos do sistema prisional. **Sociedade em Debate**, João Pessoa, v. 2, n. 2, p. 117-139, 2020. Disponível em: < https://sociedadeemdebate.com.br/index.php/sd/article/view/11 >. Acesso em: 23 mar. 2026.
SOUZA, R. L.; SILVEIRA, A. M. Mito da ressocialização: Programas destinados a egressos do sistema prisional. **SER Social**, Brasília, v. 17, n. 36, p. 163–188, 2015. Disponível em: < https://pdfs.semanticscholar.org/5aa3/db137c3d4807b275e43317261a948b400c21.pdf. >. Acesso em: 23 mar. 2026.
VERONESE, O.; SILVA, D. S. L. da. Entre a luta e o abandono: O legado da cultura patriarcal na situação de (in)visibilidade das mulheres encarceradas. **Revista Juridicidade Constitucional e Democracia***,* Mossoró, v. 1, n. 2, p. 137–154, 2023. DOI: https://doi.org/10.59776/2965-3290.2023.5128. Disponível em: < https://periodicos.apps.uern.br/index.php/jcd/article/view/5128. >. Acesso em: 23 mar. 2026.

Entre rios, terras e travessias: o processo migratório Warao em Belém/PA e o papel da psicologia na assistência social

Nilson Nogueira Vasconcelos
Rodrigo Aluisio Gomes de Freitas dos Santos
Sara Menezes Laranjeira
Valber Luiz Farias Sampaio

"[...] O Estado é só um ganso, e 'cês 'tão brigando por migalha.
Só quero meu espaço...
Minha paz, minha parte (meu trabalho), meu amor, minha arte!
Se incomoda como eu falo, danço, ando, canto e claro, o quanto eu sou pago.
Eu não sou daqui, sou tipo a grana deles.
Corre sangue em mim, igualmente vermelho.
Um dissidente de onde eu vim aqui, o estrangeiro.
O forasteiro, insubmisso. O meliante, bon vivant, o errante, imigrante [...]".
(Don L).

INTRODUÇÃO.

O fenômeno da migração ou do refúgio sempre esteve presente na história e na constituição das sociedades humanas, vista com uma ótica social e histórica, se mostra como um processo complexo e multifacetado (Laranjeira *et al*., 2025). Indivíduos que são colocados/as ou se designam em situações como estas – de insegurança –, que entram em contato com uma nova cultura, com um novo território, dentre outros elementos, sobretudo de forma abrupta, e que, diante desse processo sofrem impactos inúmeros para com sua identidade, enfrentando violações de direitos humanos, discriminação, xenofobia, afetações diante da autoestima e outras questões que influenciam diretamente na saúde – sobretudo, mental.

Segundo a Organização Internacional para as Migrações – OIM (2024), migrantes são pessoas em movimento, seja em busca de segurança, oportunidades ou melhores condições de vida, destaca-se que as

causas das migrações incluem conflitos armados, desastres climáticos, desafios econômicos e crises humanitárias, que obrigam milhões a deixarem seus lares.

Ao diferenciarem-se, refugiados são considerados, segundo a Agência da ONU para Refugiados – ACNUR e a Convenção de 1951, pessoas que "[...] temendo ser perseguidas por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontram fora do país de sua nacionalidade e não podem ou, devido ao temor, não querem regressar a ele". E de acordo com a ACNUR, até junho de 2024, aproximadamente 122,6 milhões de pessoas em todo o mundo foram forçadas a se deslocar devido a perseguições, conflitos, violência, violações de direitos humanos e eventos que perturbaram seriamente a ordem pública.

Nesse sentido, o Brasil se tornou um destino de muitas dessas pessoas, entretanto, diversos locais não estavam preparados para essa nova demanda. Foi o caso de Belém-PA, que devido ao aumento no número de refugiados indígenas Warao, necessitou da ampliação das políticas públicas para garantir dignidade à tais sujeitos, e diante disso, a capital apresentou desafios significativos no campo da saúde, educação, assistência social, dentre outros.

Nesse contexto, apresenta-se aqui uma pesquisa realizada através do Serviço de Acolhimento Institucional para Indígenas (SAIIND-Warao) que foi instituído em 2020, em meio ao alto índice processo migratório, mas também à pandemia da COVID-19. Tal serviço objetiva assegurar a proteção social de alta complexidade e atendimento multiprofissional a essa população em situação de vulnerabilidade. Porém, apesar das políticas e serviços que asseguram os direitos humanos desses povos, como o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a realidade observada durante atuação no SAIIND Warao revelou inúmeros desafios técnicos, éticos e estruturais graves.

Com o contato empírico se desvelou aspectos como: a precariedade das condições físicas do abrigo, escassez de profissionais, sobrecarga de trabalho e ausência públicas contínuas, que comprometeram a efetividade de ações voltada ao bem-estar físico e emocional dos sujeitos acolhidos e em alguns casos pode reforçar o processo de exclusão e desumanização.

Nao obstante, a inquietude que partiu da vivência provocou afetos direcionando a produção da pesquisa, que buscou refletir sobre os

desafios enfrentados por migrantes e refugiados indígenas venezuelanos da etnia Warao no cenário da região metropolitana de Belém/PA. Para tal, realizou-se um relato de experiência, de natureza descritiva e de caráter qualitativo, diante da realidade dos serviços de acolhimento, associando com conceitos teóricos e legislações vigentes, criando uma reflexão sobre a diferença do *espaço ideal* e o *real* quando se trata da prática da assistência social na atualidade.

Nesse cenário, a psicologia assume um papel fundamental de comprometimento e cuidado com as alteridades, valorizando o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, tal como de outros elementos que se constituem a partir de resistências – como a própria identidade. A atuação de psicólogos em espaços de acolhimento como o SAIIND Warao requer uma postura que leve em consideração os aspectos éticos, políticos, sociais, de sensibilidade cultural e interdisciplinaridade, sempre levando em consideração os direitos humanos e a construção de práticas e ações que respeitem a diversidade étnica e a dignidade da população em questão.

O PROCESSO MIGRATÓRIO DA POPULAÇÃO WARAO E OS DESAFIOS NO CONTEMPORÂNEO DO TERRITÓRIO BELENENSE.

Os Warao são indígenas da Venezuela que possuem suas origens de habitação no delta do rio Orinoco, na Venezuela. A etimologia da palavra "Warao" significa povo da água, da canoa, estando diretamente relacionado com seu local de moradia e suas práticas culturais e de subsistência, que acontece pelo meio da pesca, agricultura, do artesanato (Sampaio *et al*., 2020). Segundo o ACNUR (2021), apesar dos Warao serem descritos como um só grupo, na verdade ele é formado por tres ou mais subgrupos, que apesar de terem a mesma língua materna, são diferentes entre si. Por esse motivo, é importante salientar a diversidade Warao.

Devido ao agravamento da crise econômica[1] e humanitária na Venezuela, aliado à degradação ambiental e à escassez de recursos em seus

[1] Tais crises historicamente possuem relação direta com os EUA. Segundo Vasconcelos, Santos e Laranjeira (2025, p. 14-15): os "EUA, que ao criar conflitos impuseram durante sua relação histórica sanções que enfraqueceram a Venezuela e produziram-na a figura de inimiga ao mundo (Maciel, Neves e

territórios tradicionais, desencadeou um processo de êxodo que se intensificou nas últimas décadas. Além disso, fatores como a perda de território, a violência e a deterioração dos serviços públicos impulsionaram o deslocamento forçado dos Warao, levando-os a buscar refúgio em países vizinhos, como o Brasil.

Cidades amazônicas como Boa Vista (RR), Manaus (AM) e Belém (PA) tornaram-se destinos de acolhimento à tais populações. Mas a chegada à capital paraense representou uma ruptura drástica com o território ancestral e, consequentemente, com parte significativa da identidade cultural desse povo. A adaptação a um espaço urbano, densamente populoso e marcado por desigualdades sociais, impôs aos Warao um processo doloroso de desenraizamento cultural, psicológico e simbólico.

Os primeiros Warao chegaram à capital paraense em meados de 2017 e a chegada a Belém não representa o fim das dificuldades, mas sim o início de novos desafios (Sampaio *et al.*, 2020). Muitos Warao estavam em situação de extrema precariedade, ocupando praças, calçadas e margens de vias, sem acesso adequado a moradia, água potável, saneamento básico e alimentação. A xenofobia e a indiferença da população local, somadas à lentidão das políticas públicas, agravam ainda mais sua vulnerabilidade. Além disso, eles estão sujeitos à exploração laboral e a condições análogas à escravidão. Problemas de saúde também são recorrentes, incluindo casos de desnutrição e o reaparecimento de doenças antes controladas, como a escabiose (sarna). Assim, a trajetória dos Warao até Belém, marcada por deslocamentos longos e penosos, revela um drama humanitário que se estende muito além da fronteira venezuelana.

Coentro, 2022). Não obstante, no ano de 2025, o governo norte-americano tensionou ainda mais tal relação a partir de ataques com mísseis em ações navais como parte de uma 'campanha' anticrime/tráfico, adotadas como agressões diretas e violação da soberania. Com isso, o agravamento da crise econômica e humanitária na Venezuela, aliado à degradação ambiental e à escassez de recursos em seus territórios tradicionais, desencadeou um processo de êxodo que se intensificou nas últimas décadas. Segundo Pontes e Nascimento (2021), fatores como a perda de território, a violência e a deterioração dos serviços públicos impulsionaram o deslocamento forçado dos Warao, levando-os a buscar refúgio em países vizinho, como o Brasil".

Entre os principais desafios enfrentados por essa população observam-se as barreiras linguísticas, que limitam a comunicação e o acesso a serviços essenciais; a insegurança alimentar; a falta de moradia adequada; e as dificuldades no acesso à saúde e à educação (Laranjeira *et al.*, 2025). Tal quadro reflete a fragilidade das políticas públicas de acolhimento e a ausência de estratégias interinstitucionais integradas para a garantia de direitos humanos.

Além das carências materiais, existem obstáculos de natureza institucional e simbólica, como nos serviços de saúde, que não estão preparados para atender às especificidades culturais dos povos indígenas. No caso dos Warao, a dificuldade de comunicação em português restringe o acesso a políticas públicas, compromete o atendimento médico e limita a participação comunitária em decisões que afetam sua vida cotidiana. Além disso, a ausência de uma perspectiva intercultural nas políticas públicas constitui um dos principais entraves à inclusão dos Warao, o que perpetua a marginalização e o preconceito institucional.

A migração, sob a ótica psicossocial, mobiliza sentimento de perda, medo, nostalgia e incerteza, desafiando a coesão cultural e espiritual do grupo e historicamente, o Estado brasileiro demonstrou despreparo para lidar com o fluxo migratório indígena. Demonstrando uma "colonialidade do poder" nas políticas migratórias brasileiras, isto é, a persistência de uma lógica excludente e hierarquizante herdada do período colonial, que ainda hoje dificulta o reconhecimento pleno dos direitos desses povos.

Dessa forma, o processo migratório dos Warao para Belém não pode ser reduzido a uma questão de vulnerabilidade econômica. Ele deve ser compreendido como um processo de deslocamento subjetivo, cultural, alimentício, de crenças e espiritualidade, dentre outros – ou como denominam alguns autores, do corpo-território[2] –, no qual o sofrimento e a resiliência coexistem. A presença desse povo nas ruas, abrigos e escolas da capital paraense reflete tanto a precariedade na execução das

[2] A guatemalteca Lorena Cabnal estabeleceu o termo inicialmente, por volta de 2010, para expressar a inseparabilidade entre o corpo das mulheres originárias e a terra (Ramírez Salgado, 2024). A partir daí, o termo passa ser compreendido pelo mesmo viés para a compreensão dos sujeitos e suas estruturações a partir de elementos históricos, culturais, subjetivos, dentre outros.

políticas públicas quanto a força simbólica de um grupo que resiste à desintegração cultural.

A superação desses desafios exige políticas públicas pautadas na interculturalidade, capaz de reconhecer a pluralidade de modos de vida e de construir pontes entre o universo urbano e o universo indígena. Isso implica não apenas prover moradia e alimentação, mas garantir dignidade, escuta e reconhecimento cultural. A efetiva integração dos Warao depende do respeito à sua língua, espiritualidade e modo de vida, bem como do fortalecimento das suas lideranças como protagonistas de sua própria história. Assim, compreender os desafios do processo migratório dos Warao para Belém significa reconhecer que sua travessia não é apenas física, mas também simbólica e emocional.

LEGISLAÇÃO ACERCA DA POPULAÇÃO MIGRANTE.

No que tange o âmbito legal diante da temática da migração e refúgio, o Brasil tem um papel importante diante da pauta. Pois, de acordo com o Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais – CRP/MG (2024, p. 7), o território brasileiro participou ativamente da elaboração de documentos que se fundamentam na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e foi um dos primeiros países a fazer parte do Comitê Executivo do ACNUR. Ressalta-se que apenas em 2017, com a denominada Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) é que irá dispor-se sobre os direitos e os deveres do migrante. Entre seus princípios e diretrizes estão: "[...] o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social" (Lei nº 13.445/2017). Esta lei ainda prevê processo pelo qual busca-se regular a sua entrada e estadia no país e estabelecer princípios e diretrizes para as políticas públicas destinados à tais sujeitos. Para além:

> [...] prevê cinco tipos de vistos (documentos de permanência): visita, temporário, diplomático, oficial e de cortesia e a Lei 13.684/2018 (Brasil, 2018), que dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório (Laranjeira *et al.*, 2025, p. 311).

Entre seus princípios e diretrizes estão previstos: "[...] o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social" (Lei nº 13.445/2017).

No que tange o município de Belém, foi implementada a lei nº 9897 apenas em 05 de abril de 2023, que institui princípios, diretrizes, objetivos e ações a serem observados para o atendimento da População Migrante, Apátrida, Solicitante de Refúgio e Refugiada. Ou seja, o reconhecimento por atividades de garantismo sociais no estado do Pará se deu de forma tardia. Entre seus princípios a serem garantidos, estão: igualdade de direitos e de oportunidades, promoção da regularização documental, combate à xenofobia, ao racismo, ao preconceito e a quaisquer formas de discriminação, promoção de direitos sociais, culturais e econômicos por meio do acesso universalizado aos serviços públicos, entre outros – o que coaduna com o âmbito nacional.

Ressalta-se ainda que em 7 outubro de 2025 foi instaurado o decreto nº 12.657 que insere a *política nacional de migrações, refúgio e apatridia no Brasil*, no que se refere o art. 120 da Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. O decreto e as leis supracitadas apresentam implicações para a população migrante e refugiada, pois trata-se de um arcabouço legal, que orienta a atuação do governo e que auxilia na construção de políticas públicas específicas para essa população. Dessa forma, é possível perceber uma abordagem humanitária e alinhada com os direitos humanos, onde se reconhece o sujeito migrante como sujeito de direitos, garantindo acesso igualitário às políticas públicas, como saúde, educação e assistência social. Segundo Laranjeira *et al*. (2025, p. 311-312):

> Ressalta-se ainda que, além do conjunto de leis presentes em nosso ordenamento, os princípios mostram-se como aliados na incorporação e efetivação do Direito em si, são eles: o repúdio à xenofobia, a não criminalização da migração e a não discriminação, coadunado ao art. 5º da CF de 1988, quando prescreve que todos os sujeitos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, o que necessariamente garante aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no território brasileiro a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Brasil, 1988).

BREVES APONTAMENTOS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) E A PROTEÇÃO À POPULAÇÃO MIGRANTE.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é um sistema público responsável por organizar e coordenar os serviços de assistência social no Brasil. A estrutura do SUAS é organizada em dois níveis de proteção social: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial de média e de alta complexidade.

A Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, oferecendo serviços, benefícios e projetos voltados à promoção do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Já a Proteção Social Especial destina-se a indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados, seja por abandono, maus-tratos, abuso, uso de substâncias ou outras situações de risco, oferecendo serviços de maior complexidade para a reconstrução da autonomia e a reintegração social.

A universalidade é um princípio organizativo do SUAS, ou seja, todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição" (Brasil, 2011, p. 16). Nesse sentido, o serviço segue as diretrizes estabelecidas PNAS e pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que padronizou em nível nacional os objetivos, as provisões e as formas de oferta dos serviços socioassistenciais, e em sua descrição geral sobre o serviço de acolhimento institucional diz que:

> Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual (Brasil, 2014, p. 44).

Assim, na PSE de alta complexidade são direcionados atendimentos às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento

provisório, fora de seu núcleo familiar de origem, sendo estes objetivando a proteção integral através de estratégias de intervenções que garantam:

> Acolhimento em ambiente acolhedor e com estrutura física adequada, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade;
> Fortalecimento dos vínculos familiares ou comunitário e o desenvolvimento da autonomia dos usuários (Brasil, 2018, p. 16).

Assim, na PSE de alta complexidade são direcionados atendimentos às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem, sendo estes objetivando a proteção integral através de estratégias de intervenções que garantam:

> I. Acolhimento em ambiente acolhedor e com estrutura física adequada, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade;
> II. Fortalecimento dos vínculos familiares ou comunitário e o desenvolvimento da autonomia dos usuários (Brasil, 2018, p. 16)

Ressalta-se ainda que cada ente federativo possui atribuições específicas diante de tais estratégias e intervenções diante da assistência social. Através da União, são atribuídas:

> a) definir e disponibilizar orientações metodológicas para a oferta de serviços de proteção social básica e especial voltadas a adultos e famílias em situação de migração, de forma a prevenir ou reverter situações de vulnerabilidade social e riscos; b) realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social no atendimento a migrantes e assessorar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para seu desenvolvimento; c) regular o acesso às seguranças de proteção social, conforme estabelecem a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e NOB SUAS; e d) cofinanciar, por meio de transferência regular e automática, na modalidade fundo a fundo, os serviços voltados adultos e famílias em situação de migração, em âmbito regional e local (Brasil, 2018, p. 20).

Através do Estado estão definidas:

> cofinanciar, por meio de transferência regular e automática, na modalidade fundo a fundo os serviços voltados adultos e famílias em situação de migração, em âmbito regional e local; b) estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social voltados a adultos e famílias em situação de migração; c) organizar, coordenar e prestar serviços regionalizados da proteção social especial de média e alta complexidade voltados ao atendimento a adultos e famílias em situação de migração, de acordo com o diagnóstico socioterritorial e os critérios pactuados na CIB e deliberados pelo CEAS; d) realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social no atendimento a migrantes em sua esfera de abrangência e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento; e) apoiar técnica e financeiramente os Municípios na implantação e na organização dos serviços voltados a adultos e famílias em situação de migração; f) coordenar o processo de definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos serviços regionalizados voltados a adultos e famílias, acordado com os Municípios e pactuado na CIB; e, g) organizar, coordenar, articular, acompanhar e monitorar a rede socioassistencial nos âmbitos estadual e regional (Brasil, 2018, p. 20-21).

E aos municípios, correspondem:

> prestar os serviços socioassistenciais, desenvolvendo metodologias específicas para o atendimento de adultos e famílias em situação de migração nos serviços socioassistenciais já existentes, preferencialmente em unidades específicas, sendo- -lhes facultado o atendimento em unidades conjuntas com outros públicos quando a demanda for muito pequeno; b) realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social no atendimento de adultos e famílias em situação de migração, em seu âmbito; c) organizar a oferta de serviços voltados a adultos e famílias em situação de migração de forma territorializada, em áreas de maior vulnerabilidade e risco, de acordo com o diagnóstico socioterritorial; e, d) organizar, coordenar, articular, acompanhar e monitorar a rede de serviços da proteção social básica e especial, definindo referência e contrarreferência no atendimento a adultos e famílias em situação de migração (Brasil, 2018, p. 23).

O QUE É O SAIIND WARAO E COMO ESTAVA SUA SITUAÇÃO, EM BELÉM/PA?

Serviço localizado na proteção social de alta complexidade – PSE-AC. Foi institulado de SAIIND-Warao e visa acolher essas pessoas, garantindo-lhes proteção integral e apoio para a superação de vulnerabilidades/riscos sociais ocasioniadas por processos migratórios e segue as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS e pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, sendo sua gestão realizada pela Fundação João Paulo XXIII – FUNPAPA a que é responsável pela gestão municipal na capital do Pará.

Entretanto, a realidade do serviço se apresentou de uma maneira bem diferente do planejamento inicial, sobretudo comparada aos dias atuais. E, através da prática de estágio supervisionado entre os anos de (2024 e 2025), identificou-se inúmeras problemáticas. Inicialmente, pauta-se que o espaço não contava com equipe profissional completa para a realização das atividades necessárias, divergindo daquilo proposto e que deveria ser garantido pelo SUAS (NOB-RH/SUAS, 2006). A precariedade quanto a estrutura física, insalubridade e sobrecarga dos profissionais foram outros pontos percebidos.

Na tentativa de produzir 'familiarismos' à população Warao, ofereceram-lhes dormida em "redários", instalados em estruturas metálicas cobertas com lençóis e tecidos que servem como divisórias improvisadas. Esses redários estavam localizados em 3 grandes galpões que contavam com a presença constante de pombos, potenciais transmissores de doenças. Não obstante, o ambiente hostil criado com tal situação identificava-se a falta de higienização que era feita por empresa terceirizada.

Ressalta-se ainda que outras áreas do espaço também estavam sem cuidados há meses apresentando insalubridades estruturais, estando vários locais tomados por mato. O espaço onde anteriormente funcionava a cozinha, com fogões a lenha, estava abandonado e inapropriada para uso. Na parte dos fundos um portão desta antiga cozinha, há uma outra saída do espaço que permite acesso para outra rua e já foi alvo de invasão, representando um risco à segurança do local, dos acolhidos e dos/das profissionais.

Além disso, o espaço conta com salas destinadas aos/às técnicos/as profissionais, no entanto, várias dessas salas apresentavam infiltrações e mofo, e os banheiros apresentavam risco estrutural, com possibilidade de desabamento. Com relação a alimentação dos acolhidos, como café da manhã recebiam apenas 5 bolachas de água e sal, uma fruta e um copo de café, o almoço era entregue no formato de marmitas prontas com baixa variedade nutricional, que não levavam em consideração suas especificidades culturais.

Ressalta-se ainda que houve uma denúncia realizada pelo jornalista Adriano Wilkson (2025)[3] durante o período da pesquisa, que evidenciou tal precariedade. Na reportagem, identificou-se a ausência de falta água nos banheiros e na cozinha comunitária, que permanece fechada pela gestão do atual prefeito Igor Normando (MDB). Segundo a matéria (Wilkson, 2025, s/p):

> Normando tentou renegociar os contratos das empresas que forneciam alimentos aos abrigos, mas quando elas não aceitaram, a prefeitura rompeu os acordos. Para resolver essa situação, a Funpapa escolheu outra empresa, a "Prospera Service" para entregar marmitas aos indígenas e outras pessoas em situação de rua. No total, os abrigos da cidade têm capacidade para receber 400 moradores, segundo a prefeitura.

Diante disso, é evidente que essa situação calamitosa e precariedade do espaço afeta e compromete diretamente os garantismos sociais diante da dignidade, da saúde e do bem-estar das pessoas que ali vivem e dependem desse serviço.

COMPROMISSO POLÍTICO, SOCIAL E ÉTICO DA PSICOLOGIA DIANTE DO PROCESSO MIGRATÓRIO.

A psicologia possui um histórico de luta e diante disso assume um papel político essencial na atuação com migrantes e indígenas. É de extrema importância fornecer escutas coletivas, promover participação na comunidade na construção democrática das práticas diante dos

[3] Fonte: < https://ojoioeotrigo.com.br/2025/11/a-prefeitura-de-belem-pa-paga-13-reais-neste-cafe-da-manha-em-abrigo-para-indigenas/ >. Acesso em 01 de dez de 2025.

serviços e respeitar os conhecimentos e crenças ancestrais e cosmológicos, que são ações que vão para além da atuação na clínica individual – superando aspectos tradicionais da Psicologia e sua formação. Para isso ser possível também é importante ter conhecimento específico acerca de culturas, cosmologias, crenças, linguagens, história de tais populações e conhecimento de rede. Com isso, a psicologia pode servir como mediadora na dimensão simbólica dos sujeitos, tendo sempre como meta reforçar o protagonismo indígena, construindo uma rede de apoio e apoiando políticas que preservem os modos de vida desses sujeitos e sua subjetividade.

Segundo Almeida, Carvalho e Silva (2024), a psicologia deve se reterritorializar, ou seja, incorporar em sua atuação os conhecimentos indígenas que desafiam a dicotomia cultura/natureza presente na teoria da psicologia ocidental. Esse entendimento amplia a perspectiva do profissional de psicologia, alterando perspectivas influenciadas pela hegemonia de conhecimento por parte de teóricos eurocêntricos. No que diz respeito ao tema, Moebus, Barreto e Moraes (2024) acrescentam que a psicologia deve se abrir para práticas de cuidado não fragmentadas e mais integralizadas, juntando as visões indígenas de saúde e ancestralidade com a sua atuação, levando em consideração rituais tradicionais usados na preservação da saúde. Tendo esses elementos como cerne de reflexões é indispensável uma atuação decolonial e contracolonial, sobretudo quando se trata de povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, dentre outros.

Um conceito de grande importância que se entrelaça diretamente com a temática levantada é a etnopsicologia, que é uma vertente que propõe que a psicologia deve estar em contato e dialogar com outras filosofias e estudos do ser. É enfatizado que não existe um único sujeito universal, mas que existem múltiplas formas de existir, sendo essa existência relacionada a cultura e comunidade. Para Calafate *et al.* (2024), a etnopsicologia é como um instrumento de resistência epistemológica frente à colonialidade, com ela são reconhecidos rituais, espiritualidades, cosmologia e fatores que rodeiam culturas indígenas como partes centrais da construção do sujeito, ao invés de perpetuar uma postura patologizante causada por preconceitos e intolerâncias.

A atuação da psicologia envolve algumas ações amplas e articuladas, que incluem o trabalho interdisciplinar na elaboração, planejamento,

execução e monitoramento das ações socioassistenciais, sempre focando no bem-estar e na saúde mental – bem-viver – dos sujeitos em acolhimento. Questões como estas podem parecer perspectivas básicas de atuação, mas não se consolidam quando o campo epistêmico e técnico sobrepõem as relações e dinâmicas sociais. Sampaio *et al.* (2020) afirmam que em um dos territórios paraenses – diante do processo migratório – a assistência social pode cair diante do que denominam de *refilantropização*; conceito este que apresenta uma espécie de retrocesso diante das políticas públicas, na medida em que aparentemente esgota-se a possibilidade de intervenções e dispositivos outros assumem o 'controle destes corpos'.

Não obstante, Maciel, Neves e Coentro (2022), apresentam que muitas vezes os próprios equipamentos do SUAS estão coadunados à dispositivos colonizadores, como ocorre com alguns CRAS e aliança com espaços religiosos – como igrejas e/ou centros cristãos, o que propõem atividades semanais/quinzenais/mensais diante de perspectivas comunitárias pastorais, ignorando as identidades e dinâmicas dos grupos sociais. O que identifica-se neste momento é a negação ou a mortificação de grupos sociais a partir de um sistema pastoral de normativos e universalizante.

O reconhecimento destas singularidades deve ser levadas em consideração diante de decisões no âmbito político destas práticas, favorecendo a participação ativa destes sujeitos diante desde o planejamento destes serviços, atravessando a gestão e execução de atividades. Além disso, realizar compreender a importância da rede intersetorial de serviços, mas também da interdisciplinariedade para articulação de saberes diversos – sobretudo dos sujeitos usuários –, bem como compreender de forma contextualizada as dinâmicas familiares e coletividades.

CONSIDERAÇÕES (NÃO) FINAIS.

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da ampliação de conhecimentos teóricos e práticos do saber psicológico diante das transformações sociais e dos fenômenos contemporâneos, sobretudo frente ao processo migratório, o refúgio e, principalmente, sobre as especificidades no que se refere a população indígena Warao. Visto que compreender costumes, culturas, histórias, crenças e dinâmicas familiares e

formas de organização comunitária auxilia diante do fazer para com os sujeitos e não sobrepondo tais sujeitos por meio de colonizações.

Destaca-se também a compreensão mais aprofundada sobre os desafios enfrentados por essa população como a adaptação a uma nova realidade, as barreiras estruturais e institucionais que dificultam seu acesso pleno a direitos, garantismos e serviços. Tais reflexões ainda devem permear as práticas de rupturas diante das violências ocasionadas por meio da xenofobia que se evidencia em meio às relações.

Trata-se de um campo de extrema relevância social, porém ainda pouco explorado na formação em Psicologia, o que torna ainda mais importante a realização de pesquisas e práticas voltadas a essa realidade. Nesse cenário, se torna fundamental reafirmar a interculturalidade como princípio estruturante das práticas profissionais, especialmente quando é trabalhado com populações indígenas em situação de migração forçada.

A convivência cotidiana no SAIIND Warao evidenciou que cada encontro é, simultaneamente, um exercício de ética e de reconhecimento de mundos distintos, que carregam significados, simbologias, cosmologia, temporalidades e modos de existência próprios. Essa compreensão dialoga diretamente com a reflexão de Ailton Krenak (2019), quando afirma que "[...] fomos nos alienando desse organismo que somos parte, a Terra, e passamos a pensar que ele é uma coisa e nós, outra" (p. 16-17). O que convoca uma ruptura com os conceitos de superioridade e eurocentrismo cristalizado na cultura e propondo intervenções e práticas que incidam diante de outros significados de cuidado.

Um cuidado coletivo, que só se concretiza quando reconhecemos a interdependência entre sujeitos, territórios e saberes, exigindo do saber psicológico um deslocamento ético, político e epistemológico. Que compreenda processos de sofrimentos outros – ocasionado, muitas vezes, com o luto do abandono de seu território –, seus processos de adaptação e reconstrução de existência, que não podem ser reduzidos à experiências individuais ou desvinculadas de condições históricas, políticas, sociais, dentre outros. Trata-se então de construções interventivas coletivas e compartilhadas, que preservem a autonomia, a diversidade e o aspecto intercultural dos sujetos em consonância com uma prática de defesa intransigente aos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados). **ACNUR entrega barcos para pessoas refugiadas indígenas em Pará, Brasil**. ACNUR, 2023. Disponível em: < https://www.acnur.org/noticias/historias/acnur-entrega-barcos-personas-refugiadas-indigenas-en-para-brasil >.

ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados). **Convenção de 1951 e Protocolo de 1967 sobre o Estatuto dos Refugiados**. ACNUR Brasil, 2024. Disponível em: < https://www.acnur.org/br/convencao-de-1951 >.

ALBUQUERQUE, Kleberson Almeida de; SODRÉ, Danilo Ferreira. **Refugiados e direito à cidade: o caso dos indígenas Warao na região metropolitana de Belém (PA)**. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 17, n. 51, p. 673–680, 2024.

ALMEIDA, S. A.; CARVALHO, R. N.; SILVA, R. A. N. **Contribuições dos Saberes Indígenas para a Reterritorialização da Psicologia Social**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 41, 2024. Disponível em: < https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/download/13454/10533/45170 >.

BARBOSA, Catarina. **Indígenas Warao sofrem com péssimas condições de vida no abrigo público de Belém**. Brasil de Fato, 26 ago. 2020. Disponível em: < https://www.brasildefato.com.br/2020/08/26/indigenas-warao-sofrem-com-pessimas-condicoes-de-vida-no-abrigo-publico-de-belem/>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >.

BRASIL. **Lei n. 13.445/2017, promulga a Lei de Migração**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm >.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O papel da assistência social no atendimento aos migrantes**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/guia/guia_migran tes.pdf >.
BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.
BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2014. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipifi cacao.pdf >.
CALAFATE, Jaqueline Medeiros Silva; MENESES, Amanda Figueiredo Falcomer; TORRES, Ana Beatriz de F. *et al*. Povos indígenas sob um outro olhar: as produções e contribuições da etnopsicologia. In: ROCHA, Wesley H. A. da (org.). **Descolonizando a psicologia: contribuições para uma prática popular.** São Paulo: Pimenta Cultural, 2024. Disponível em: < https://www.pimentacultural.com/wp-content/uploads/2024/05/eBook_Descolonizando-psicologia.pdf >.
CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Direitos dos Povos Indígenas**. Conectas Direitos Humanos, 2024. Disponível em: < https://conectas.org/noticias/em-revisao-na-onu-brasil-e-cobrado-por-protecao-a-indigenas-e-defensores >.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: CFP, 2024. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-junto-aos-povos-indigenas-2/. >.
DIAS, Walison A. **Os ameríndios Warao em Belém: uma etnográfica do processo de mobilidade**. Belém, 2022.
FUNDAÇÃO PAPA JOÃO XXIII – FUNPAPA. **Protocolo de atendimento socioassistencial do Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas e famílias indígenas venezuelanas da etnia Warao imigrantes e refugiados em situação de vulnerabilidade social**. Belém: FUNPAPA, 2024. Disponível em: < https://funpapa.belem.pa.gov.br/institucional/protocolos-socioassistenciais/ >.
IMIGRANTE. Intérprete: Don L. Compositor: Don L. *In:* **CARO Vapor II – qual a forma de pagamento?** [S.l.]: Caro Vapor,

2025. 9ª faixa. Disponível em: < *https://open.spotify.com/intl-pt/track/3EFpN8qKWsbXmhff7tCial* >. Acesso em: 4 jul. 2026.
IOM (Organización Internacional para las Migraciones). **Fundamentos de la migración**, 2024. Disponível em: < https://www.iom.int/es/fundamentos-de-la-migracion >.
KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 104 p. Disponível em: < https://cpdel.ifcs.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/10/Ailton-Krenak-Ideias-para-adiar-o-fim-do-mundo.pdf >.
LARANJEIRA, Sara M.; SAMPAIO, Valber L. F.; ROLIM, Cyntia S.; SAMPAIO, Vanessa L. F. **Entre o refúgio e a imigração: desafios contemporâneos às políticas públicas no Brasil** In. SAMPAIO, Valber L. F. et al. Desafios Contemporâneos à Psicologia: processos de subjetivação, saúde mental e interseccionalidades. Vol. 2. São Paulo: Todas as Musas, 2025.
MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Suas – Sistema Único de Assistência Social**. Brasília, DF. Disponível em: < https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas >.
MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; BARRETO, Alexandre Franca; MORAES, Maristela de Melo. **Psicologia decolonial, contracolonial, por vir?** Estudos de Psicologia (Campinas), v. 41, 2024, e230087. Disponível em: < https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/13456 >.
PIB (Povos Indígenas no Brasil). **Declaração da ONU sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Povos Indígenas no Brasil, Instituto Socioambiental, 2024. Disponível em: < https://pib.socioambiental.org/pt/Declaração_da_ONU_sobre_direitos_dos_povos_ind ígenas >.
RAMÍREZ SALGADO, Amira I. The body as territory: a movement perspective. **Studies in Theatre and Performance**, [S. l.], p. 201–217, 2024. DOI: 10.1080/14682761.2024.2342716. Disponível em: < https://doi.org/10.1080/14682761.2024.2342716 >.
ROSA, Marlise. **Reflexões a partir de experiências práticas de atendimento aos indígenas Warao no estado do Pará**. Caderno 4 Campos – PPGA/UFPA, Belém, n. II, 2019.

SAMPAIO, Valber L. F.; ROLIM, Cyntia S.; NERY, Elaine L.; AQUIME, Rafaele H. S. **O processo migratório e o sistema único de assistência social: breves reflexões acerca dos desafios contemporâneo** In. LEMOS, Flávia C. S. et al. Psicologia, história cultural e governamentalidades: racismo, etnicidade, gênero, sexualidades e corpos. Curitiba: CRV, 2020.

VASCONCELOS, Nilson N.; SANTOS, Rodrigo A. G. de F. dos; LARANJEIRA, Sara M. **Migração e refúgio de indígenas Warao para Belém: um relato de experiência dos desafios e práticas na assistência social**.37 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia, UNAMA, 2025.

Juventudes e territórios: perspectivas em saúde mental e estratégias de resistência nos centros de referência das juventudes do Espírito Santo

Hemilly Fonseca Coelho
Lorrane Costa da Silva
Luizane Guedes Mateus

INTRODUÇÃO.

Entardecer ensolarado na Ilha das Caieiras – Vitória, Espírito Santo. Acompanhamos um grupo de meninas em uma caminhada alegre e barulhenta pelo território; visto por muitos como campo de guerra de grupos armados em disputa por pontos de tráfico de substâncias psicoativas, para elas é só o bairro, a quebrada na qual nasceram e estão se constituindo. Acompanhamos como Projeto de Extensão a atividade desenvolvida pelo Centro de Referência das Juventudes - CRJ, e também olhamos admiradas a paisagem de manguezal, o pôr do sol, as possibilidades de existência; nos permitimos também olhar os caminhos para além das múltiplas violências.

Os Centros de Referência das Juventudes fazem parte do Programa Estado Presente, sob gestão da Secretaria de Estado de Direitos Humanos do Espírito Santo. Buscam a garantia de direitos das juventudes de 15 a 24 anos que residem em áreas ditas de maior vulnerabilidade social. Emergem da necessidade de respostas do estado ao crescente número de homicídios entre jovens no Espírito Santo. Os números nos apresentam dados que comunidades pobres conhecem de forma dolorosa - a maior parcela de pessoas mortas por homicídio é negra.

Segundo o Anuário Estadual de Segurança Pública (2025), foram registrados 902 óbitos por mortes violentas somente em 2024. Quando observamos o Atlas da Violência (2026), no mesmo ano ocorreram 1.160 homicídios estimados, onde 858 eram homens negros, desses 455 jovens de 15 a 29 anos no Estado do Espírito Santo. Como resposta o governo do estado iniciou a implantação de 14 Centros de Referência em 10 municípios, nos territórios com maiores índices de violências contra a

juventude. Frutos de uma parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e com Organizações da Sociedade Civil, contam com metodologia de trabalho pautada na perspectiva de atendimento integral, de convivência social e comunitária, vivência cultural e fortalecimento territorial, de intersetorialidade com diferentes políticas públicas (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022, p. 19).

A discrepância entre os dados estatísticos e a vivência cotidiana evidencia uma contradição estrutural: as comunidades periféricas, embora categorizadas como destinatárias legítimas de direitos fundamentais via políticas públicas — a exemplo das ações articuladas pelos Centros de Referência —, sofrem simultaneamente com a criminalização de seus corpos. Essa ambiguidade atinge primordialmente a juventude local, frequentemente estigmatizada como perigosa e passível de eliminação. Tal cenário reflete a transição conceitual operada por Foucault (2005, p. 286), ao assinalar que "o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de fazer viver ou deixar morrer".

Diante desse cenário, este artigo analisa as juventudes do Território da Grande São Pedro, delimitando o escopo aos sujeitos assistidos pelo Centro de Referência das Juventudes (CRJ) que integram o Projeto de Extensão Saúde mental, territórios e juventudes: práticas de cuidado nos Centros de Referência das Juventudes. A inserção do do projeto nesta realidade, pela via do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) ocorreu em 2023, com o propósito de tensionar e acolher demandas de saúde mental atravessadas pelos marcadores de raça, classe, gênero e diversidade sexual, indissociáveis das vivências territoriais dos jovens. Desse modo, buscamos problematizar a saúde mental imersa em um território vulnerabilizado, marcado por violações multifacetadas que produzem a morte cotidiana. Trata-se de um contexto no qual opera a estigmatização desses corpos, recorrentemente responsabilizados, pelo senso comum e por discursos hegemônicos, pelo incremento da violência estatal, mas que também produz estratégias de vida, de resistência.

Compreendido como espaço historicamente constituído por processos de resistência e mobilização social, a região da Grande São Pedro evidencia os múltiplos desafios impostos às juventudes negras, frequentemente atravessadas por estigmas que as associam à criminalidade e à periculosidade. Ao mesmo tempo, essas juventudes constituem-se como

sujeitos de direitos e público prioritário de políticas públicas orientadas à proteção social, à promoção da cidadania e à garantia de seus direitos fundamentais.

SOBRE O TERRITÓRIO, AS JUVENTUDES E A EXTENSÃO: COMO VIVER, SE A "SINA" PARA MUITOS É MORRER?!

A região da Grande São Pedro ganhou visibilidade nacional a partir do documentário *Lugar de toda pobreza*, lançado em 1983 pelo cineasta e jornalista Amylton de Almeida, em parceria com Henrique Gobbi (Simonetti; Alves, 2014). A produção retratou as condições de extrema vulnerabilidade vivenciadas pela população que habitava o território, marcado pela existência de um lixão a céu aberto. Em decorrência do intenso fluxo migratório para o Espírito Santo, inúmeras famílias passaram a ocupar a área, estabelecendo suas moradias em meio aos resíduos. Nesse contexto, o lixão tornou-se simultaneamente fonte de trabalho e de subsistência, uma vez que adultos e crianças realizavam a coleta e a separação de materiais recicláveis para comercialização, recorrendo também aos resíduos como alternativa para obtenção de alimentos.

Esse cenário começou a sofrer transformações após a repercussão do documentário, e após a visita do Papa João Paulo II ao Brasil. Conforme destacam Nunes e Neto (2012), após essa visita, realizada em 1991, a região passou a receber apoio financeiro do pontífice, além de mobilizar diferentes iniciativas voltadas à melhoria das condições de vida da população. Segundo os autores, *Lugar de toda pobreza* constituiu-se como uma importante denúncia das condições desumanas de existência vivenciadas pelos moradores, evidenciando a ausência de políticas públicas em um contexto marcado pela ditadura militar. A ampla repercussão das imagens impulsionou campanhas de solidariedade e doações, alcançando inclusive organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU).

A história da Grande São Pedro também é marcada pela intensa mobilização de seus moradores na luta por melhores condições de vida. Destaca-se, nesse processo, a atuação da associação dos catadores de lixo, articulada por Dona Leda, importante liderança comunitária da região. Conforme apontam Gurgel e Pessali (2004, p. 45), até o final da década de 1980 a atuação do poder público caracterizava-se por respostas

pontuais às reivindicações da população, sem a existência de uma política estruturada para o território. Apenas na década de 1990, especialmente após a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Eco-92), passaram a ser implementadas intervenções voltadas à recuperação ambiental do manguezal, acompanhadas de investimentos em saneamento básico, drenagem urbana e melhorias habitacionais, contribuindo para a reconfiguração das condições socioambientais da região.

Se, em um primeiro momento, a extrema pobreza foi o elemento responsável por projetar a Grande São Pedro no cenário nacional, posteriormente a violência urbana passou a ocupar esse lugar, produzindo novas formas de visibilidade sobre o território e, especialmente, sobre suas juventudes. No Brasil e em outros países da América Latina, os elevados índices de violência concentram-se em áreas urbanas periféricas, caracterizadas também por profundas desigualdades sociais e econômicas (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022).

É nesse cenário que se inserem os Centros de Referência das Juventudes, concebidos como uma estratégia de enfrentamento às desigualdades sociais e às elevadas taxas de violência que atingem a população jovem, mas também como espaço de práticas educativas comprometidas com a garantia de direitos e com o fortalecimento das políticas públicas voltadas às juventudes. Ações que apresentam também um importante caráter educativo, ao promover espaços de convivência, participação, produção cultural e construção de projetos de vida. A metodologia adotada fundamenta-se na perspectiva da atenção integral às juventudes, priorizando a convivência comunitária, o acesso a direitos, a promoção da cultura, o fortalecimento dos vínculos territoriais e a articulação intersetorial entre diferentes políticas públicas (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022).

Mas importa dizer que os serviços, por si só, não produzem campos sem tencionamentos relacionados a conexão estabelecida historicamente entre pobreza e periculosidade, e por vezes à negritude. Nesse sentido, é perceptível como as narrativas criadas pelo território no passado e atualmente se atualizam. Uma narrativa que se estrutura principalmente num espetáculo, que segundo Debord, (2017, p. 14), "é ao mesmo tempo parte da sociedade, a própria sociedade e seu instrumento de unificação", ou seja, as narrativas sobre um determinado território direcionam uma

certa opinião a ser assumida pela sociedade. Nessa construção, São Pedro nasce da pobreza, nasce do sujo, da criminalidade, mesmo a urbanização tendo chegado, a história está dada, disseminada principalmente pela mídia. Teoria defendida pela autora Adichie (2019) em que a mesma sugere que há um perigo nas histórias únicas e em como a narrativa assumida como verdade é de extremo perigo ao que tange a lente pelo qual uma parcela da população é vista, sendo estes ainda vistos como pobres, miseráveis, sujos e criminosos.

Sob essa ótica, tais sujeitos permanecem estigmatizados por representações que os associam à miséria, à precariedade e à criminalidade. A partir dessas narrativas reducionistas, a juventude periférica passa a ser categorizada como um problema social crônico — uma leitura que negligencia os determinantes estruturais da violência e consolida processos de marginalização (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022). Consequentemente, a atuação estatal revela-se ambígua: de um lado, expandem-se políticas de proteção e garantia de direitos; de outro, recrudescem-se os mecanismos de vigilância e repressão policial. Manifesta-se, assim, a "seletividade punitiva" teorizada por Zaccone (2007), na qual o sistema penal opera de maneira direcionada, criminalizando prioritariamente populações empobrecidas, negras e moradoras das periferias. Sob a égide do discurso de "guerra às drogas", legitima-se a expropriação da vida de inúmeros jovens, cujo destino socialmente sentenciado se restringe ao aprisionamento ou ao extermínio – o binômio "cadeia ou cova".

Diante desse cenário, a construção de espaços de escuta, diálogo e cuidado coletivo apresenta-se como uma estratégia fundamental de promoção da saúde mental. Entretanto, emerge uma questão central para este trabalho: como pensar práticas de cuidado em saúde mental nesses territórios sem cair nas armadilhas historicamente atravessadas pela produção da morte? E, sobretudo, como romper com histórias únicas que atribuem às juventudes periféricas a responsabilidade pelo crescimento da violência, desconsiderando as estruturas sociais, políticas e econômicas que produzem essas desigualdades?

VIOLÊNCIA E EXTERMÍNIO: COMO PENSAR PRÁTICAS DE CUIDADO EM MEIO À CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES PERIGOSAS?

A compreensão das narrativas que atribuem às juventudes periféricas a responsabilidade pelo aumento da violência no Espírito Santo exige o resgate de um processo histórico mais amplo, relacionado à constituição do conceito de "classes perigosas". Longe de representar uma categoria natural ou objetiva, essa noção foi socialmente produzida ao longo do tempo por meio de discursos que passaram a identificar determinados grupos como ameaça à ordem social. Nesse processo, populações negras e empobrecidas foram progressivamente posicionadas como sujeitos potencialmente perigosos, legitimando práticas de vigilância, controle e exclusão.

A construção dessa representação encontra respaldo em diferentes formulações teóricas produzidas entre os séculos XIX e XX, especialmente no contexto do Movimento Higienista. Nesse período, distintas correntes buscaram conferir legitimidade científica à classificação hierarquizada dos indivíduos. Entre elas destacam-se a Antropologia Criminal, que associava características anatômicas à existência de uma suposta predisposição inata para o crime, e a Eugenia, que, apropriando-se de interpretações do evolucionismo, defendia a existência de diferenças biológicas entre os seres humanos, classificando-os conforme critérios de superioridade e inferioridade.

Embora posteriormente desacreditadas do ponto de vista científico, essas teorias exerceram profunda influência sobre a organização das instituições sociais e das políticas estatais. Seus pressupostos contribuíram para consolidar mecanismos de exclusão dirigidos às populações consideradas desviantes ou indesejáveis, entre elas pessoas negras, pobres, privadas de liberdade, pessoas com deficiência e indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. A partir dessa racionalidade, estabeleceram-se fronteiras entre aqueles considerados dignos de proteção e investimento estatal e aqueles cujas vidas poderiam ser submetidas ao abandono, ao confinamento ou mesmo ao extermínio.

Essa lógica também sustentou a construção de modelos normativos de família, infância, juventude e cidadania, tomando como referência padrões racializados e socialmente privilegiados. Aqueles que não

correspondiam a esse ideal passaram a ser identificados como ameaça à ordem pública, tornando-se destinatários preferenciais de instituições disciplinares, como prisões, manicômios e demais dispositivos de controle social. Inseridas nos chamados territórios da pobreza, as juventudes negras passaram, assim, a ser reconhecidas prioritariamente pelas políticas de segurança pública, enquanto o acesso a direitos fundamentais permanecia limitado ou condicionado à lógica da vigilância.

Na contemporaneidade, essa produção discursiva permanece ativa, ainda que atualizada sob novas formas. A associação entre violência urbana e juventudes periféricas é constantemente reforçada por narrativas midiáticas que apresentam o crescimento da criminalidade como consequência direta da atuação de facções criminosas supostamente constituídas por jovens moradores das periferias (Zaccone, 2007). Em resposta, intensificam-se discursos que defendem o recrudescimento das políticas de segurança e o emprego da força letal como estratégia legítima de enfrentamento da violência. Desse modo, reatualiza-se a noção de "classes perigosas", deslocando para determinados corpos a responsabilidade por problemas produzidos por processos históricos de desigualdade social, racial e econômica.

Os efeitos dessa construção ultrapassam a esfera simbólica e materializam-se nas formas pelas quais o Estado administra essas vidas. Para muitos desses jovens, a aproximação estatal ocorre predominantemente por meio do sistema de justiça criminal, das medidas socioeducativas, do encarceramento e das intervenções policiais marcadas pelo uso recorrente da violência. Paralelamente, suas famílias frequentemente vivenciam processos de culpabilização, tendo negado, inclusive, o reconhecimento social do sofrimento decorrente da perda de seus filhos e familiares.

É nesse contexto que a reflexão proposta por Achille Mbembe acerca da necropolítica torna-se particularmente relevante. Ao ampliar a discussão inaugurada por Michel Foucault sobre o biopoder, Mbembe (2018) demonstra como determinadas populações são submetidas a uma política sistemática de produção da morte, na qual o Estado define, de maneira desigual, quais vidas devem ser protegidas e quais podem ser expostas ao abandono ou ao extermínio. Nessa perspectiva, o racismo constitui uma tecnologia fundamental para o exercício desse poder, pois organiza a distribuição diferente da vida e da morte, autorizando que

determinados grupos sejam continuamente colocados em condições de mortalidade extrema.

Nos territórios periféricos, onde residem grande parte dos adolescentes e jovens acompanhados pelos Centros de Referência das Juventudes, essa racionalidade manifesta-se por meio da combinação entre desigualdades estruturais, violência institucional e práticas de controle direcionadas a corpos racializados. Ainda assim, esses espaços não podem ser compreendidos exclusivamente pela lógica da morte. Apesar das múltiplas formas de violência que os atravessam, permanecem sendo territórios de produção da vida, de fortalecimento de vínculos, de organização coletiva e de resistência cotidiana, evidenciando que, mesmo diante da necropolítica, a vida continua a afirmar sua potência.

SOBRE ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA.

Vida que insiste, resiste mesmo em meio às sucessivas tentativas de mortificação das juventudes pobres e negras. A construção de vínculos nos possibilitou uma escuta ativa quando somos chamadas a partilhar da vida desses jovens, seja nas rodas de conversa ou nos momentos individualizados. Em oposição à morte, pensamos o projeto de extensão como vida que pulsa em suas múltiplas possibilidades. Esse trabalho de escuta nos possibilita entender as necessidades, interesses, assuntos e situações compartilhadas, para juntos pensarmos em formas de resistência e oposição à morte, seja ela física, seja subjetiva.

À medida que as atividades do projeto se estruturavam e os vínculos entre equipe e jovens eram fortalecidos, novas demandas passaram a emergir das próprias juventudes acompanhadas pelo Centro de Referência das Juventudes. Entre elas, destacou-se a necessidade, expressa pelas jovens, da criação de um espaço exclusivamente feminino, no qual pudessem compartilhar experiências e discutir questões que, segundo elas, dificilmente encontravam abertura em outros momentos no equipamento. Dessa demanda surgiu o Grupo Nala, formado por jovens mulheres entre 15 e 24 anos interessadas em refletir sobre temas relacionados às desigualdades de gênero, raça e classe. É desse grupo que emerge o início dessa escrita, de uma das atividades pelas ruas da Grande São Pedro.

Embora as mulheres não sejam o principal alvo das políticas de extermínio que incidem sobre as juventudes negras, suas experiências são profundamente atravessadas pelas estruturas de opressão que articulam racismo, sexismo e desigualdades socioeconômicas. A maioria das participantes do grupo era composta por mulheres negras, cujas trajetórias evidenciavam o que Carla Akotirene (2019) descreve como a inseparabilidade entre racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. Nessa perspectiva, as múltiplas formas de violência não atuam isoladamente, mas se entrecruzam, produzindo experiências específicas de vulnerabilização marcadas pela sobreposição das categorias de gênero, raça e classe.

A escolha do nome Nala também expressa a dimensão simbólica do coletivo. De origem africana, o termo remete aos significados de "rainha", "dádiva" e "sucesso", traduzindo a intenção de reconhecer e valorizar as potencialidades das jovens participantes. Os encontros ocorreram semanalmente, com duração aproximada de uma hora e participação média de oito integrantes. Para favorecer o diálogo e ampliar as possibilidades de trocas, foram utilizadas metodologias participativas, como dinâmicas, jogos, técnicas expressivas, atividades lúdicas, tanto no espaço do Centro de Referência, como pelas comunidades que compõem a região. Esses recursos possibilitaram abordar temas sensíveis de maneira acolhedora, favorecendo reflexões sobre as violências presentes no cotidiano das jovens, sem perder de vista a valorização da arte, da criatividade e das diferentes formas de produção da vida.

Ao longo do desenvolvimento do projeto, o Grupo Nala consolidou-se como um dos principais dispositivos de cuidado e fortalecimento coletivo construídos no território. Em um dos encontros, por exemplo, a confiança estabelecida entre as participantes possibilitou a discussão sobre o assédio sexual, experiência frequentemente compartilhada pelas jovens em diferentes espaços sociais. A partir da troca de vivências, foram construídas reflexões coletivas acerca das desigualdades de gênero e das diversas formas de violência que atravessam seus cotidianos, permitindo a elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento e resistência.

Além do Grupo Nala, outras ações coletivas foram desenvolvidas em parceria com a equipe multiprofissional do Centro de Referência das Juventudes. As rodas de conversa configuraram-se como importantes espaços de escuta e compartilhamento, reunindo jovens para discutir temas como saúde mental, violência nos territórios, sexualidade, relações

de gênero, LGBTfobia, direitos sociais e comunidade. Também foram realizadas atividades interativas e educativas que buscavam ampliar o acesso à informação e estimular a participação dos jovens na construção das discussões.

O estabelecimento de vínculos com as juventudes viabilizou a apreensão do território a partir da perspectiva de quem nele constrói sua trajetória. Essa aproximação concretizou-se por meio de cartografias afetivas e itinerâncias territoriais, nas quais os jovens partilhavam e apresentavam seus cotidianos. A partir dessa imersão, a abordagem de temáticas como cuidado, projeto de futuro, lazer, afetividade, saúde, sexualidade e relações interpessoais adquiriu contornos palpáveis e significativos. Pautada na escuta atenta e afetuosa, a experiência distanciou-se de especulações e estigmas frequentemente reproduzidos por discursos hegemônicos, como os meios de comunicação de massa. Buscou-se, assim, coconstruir a memória contemporânea daquela realidade, compreendendo o espaço comunitário não como uma estrutura estática ou puramente concreta, mas como um organismo maleável, vivo, pulsante e em constante processo de (re)produção de si.

As experiências desenvolvidas ao longo da extensão demonstraram que a construção de espaços permanentes de escuta, participação e convivência fortaleceram significativamente a rede de apoio psicossocial constituída no território. Mais do que estreitar vínculos entre os jovens, essas ações favoreceram a construção de práticas de cuidado coletivo capazes de acolher as demandas socioafetivas apresentadas pelos participantes. Nesse sentido, o projeto contribuiu para a elaboração de estratégias de resistência frente às múltiplas violências que atravessam a vida dessas juventudes, reafirmando a produção do cuidado, da vida e da garantia de direitos como contraponto aos processos históricos de exclusão, morte social e precarização que incidem sobre esses corpos e territórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Em síntese, torna-se fundamental compreender as juventudes a partir de uma perspectiva comprometida com a superação de leituras reducionistas que as associam, de maneira recorrente, à criminalidade, ao risco e à periculosidade. Nessa direção, o trabalho desenvolvido no território da Grande São Pedro tensiona os discursos que produzem essas

juventudes como sujeitos perigosos, ao mesmo tempo em que propõe práticas de cuidado, escuta qualificada e construção coletiva de estratégias de resistência. Essas ações dialogam com a própria trajetória histórica do território, marcada por processos de luta, organização comunitária e resistência que constituem sua memória social.

As estratégias de resistência construídas pelas juventudes da Grande São Pedro configuram-se como elementos fundamentais para a produção e a sustentação da vida. A arte, a escrita, a oralidade e as diversas formas de expressão assumem papel central nesse processo, possibilitando a elaboração das experiências vividas e a afirmação de outras formas de existir. Não se trata de apagar ou minimizar as violências produzidas pelo racismo, pela desigualdade social e pela exclusão, mas de reconhecer a capacidade desses jovens de construir modos de vida que persistem apesar dessas condições. Trata-se, portanto, da afirmação da vida em contextos historicamente atravessados pela violência.

Nesse cenário, o Centro de Referência das Juventudes, em articulação com o Projeto de Extensão, constitui-se como um espaço de acolhimento, fortalecimento de vínculos e produção de possibilidades. Mais do que oferecer atendimento, busca construir, em conjunto com os jovens, caminhos capazes de tensionar os destinos que lhes são historicamente impostos, tanto pelas desigualdades estruturais quanto pelas práticas estatais de controle. Assim, favorece a construção de novas possibilidades de existência, fundamentadas na autonomia, na participação coletiva e na valorização da vida, em contraposição às lógicas de vigilância e controle que frequentemente orientam a atuação do Estado.

Nessa perspectiva, o território da Grande São Pedro afirma-se como um espaço vivo, que produz sociabilidades, memórias, afetos e formas permanentes de resistência. Mesmo diante da violência institucional, do racismo estrutural, das desigualdades sociais e das múltiplas violações de direitos, o território permanece pulsante, reinventando cotidianamente estratégias de permanência e existência. Em um contexto biopolítico no qual o Estado administra a vida e a morte de forma desigual, decidindo quais vidas devem ser protegidas e quais podem ser abandonadas (Foucault, 2005), a história da Grande São Pedro evidencia que a resistência constitui um elemento fundante de sua existência. Como sintetiza Gomes (2002), "no deserto ainda venta", expressão que traduz a

potência da vida, da luta e da esperança que continuam a emergir mesmo em contextos onde a morte insiste em exercer poder.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da violência (2026). Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: < https://share.google/8wvpGKmTBgKpToGG7 >.

COIMBRA, Cecília. **Operação Rio - O mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Niterói: Oficina do Autor, 2001.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social. **Anuário Estadual da Segurança Pública: edição 2025**. Vitória: SESP; Instituto Jones dos Santos Neves, 2025. Disponível em: < https://observatorio.sesp.es.gov.br/anuario-de-seguranca?utm_source=chatgpt.com >.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade** - Aula de 17 de março de 1976. São Paulo: Martins Fontes, p.285-315, 2005.

GOMES, Pedro W. B. No deserto ainda venta. In: NASCIMENTO, Maria Lívia do (Org.). **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. São Paulo: Oficina do Autor, 2002. p. 217–232.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Direitos Humanos. **Metodologia dos Centros de Referência das Juventudes do Governo do Estado do Espírito Santo**. 2022.

GURGEL, A. de P.; PESSALI, Hesio (Org.). **São Pedro, Vitória: um exemplo para o mundo**. Vitória: Contexto Jornalismo & Assessoria/Instituto Huah/Núcleo de Projetos Culturais e Ecológicos, 2004.

MBEMBE, Achile. **Necropolítica**. São Paulo, n-1 edições. 2018.

NUNES, Kezia R.; NETO, Amarílio F. Além da lama e do lixo: movimentos de escolarização em São Pedro, Vitória/ES (1977-2007). **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 109-130, mar. 2012. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/edur/a/D6k7vLLmnfHz8CHZnZ4cJsr/abstract/?lang=pt >.

SIMONETTI, Maria G.; ALVES, G. S. Subjetividades da dor: Lugar de toda pobreza, de Amylton de Almeida. **Domínios da Imagem**, Londrina, v. 8, n. 15, p. 123-138, jun/ dez. 2014. Disponível em: < https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/dominiosdaimagem/article/view/20635 >.
ZACCONE D'ELIA FILHO, Orlando. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

A chama da memória colonial: memória coletiva e crítica às colonialidades na memória indígena brasileira

Caio Monteiro Silva
Hernani Pereira dos Santos
Emanuel Messias Aguiar de Castro
Túlio Kércio Arruda Prestes

Em 24 de julho de 2021, a estátua do colonialista Manoel de Borba Gato foi incendiada em São Paulo. Pouco tempo depois do manifesto, matérias foram publicadas em jornais disputando as narrativas sobre Borba Gato e sobre o ato incendiário (Damasceno, 2021). A manifestação foi criminalizada, um mandado de prisão foi expedido contra Paulo Roberto da Silva Lima, Géssica Barbosa, sua companheira, e Danilo Oliveira, que foram acusados por incêndio, associação criminosa e adulteração de placa de veículo (Artigo 19, 2017). Ainda que não impressione, um empresário anônimo se disponibilizou para custear integralmente as despesas de reparo da estátua (G1 SP, 2017). Inaugurada em 1963, a estátua de Borba Gato está localizada no distrito de Santo Amaro, na cidade de São Paulo. Ela sustenta, de maneira laudatória, a memória associada à colonialidade brasileira, associando-se à escolha da figura dos bandeirantes como símbolo da identidade paulista e nacional desde a época da Revolução de 1932 (Oliveira, 2017). Delimita, assim, o horizonte histórico recente da memória colonial brasileira. É verdade que a figura do bandeirante da Capitania de São Vincente está ligada à caça e à escravização de negros e de indígenas no contexto colonial brasileiro. A escolha desse monumento revela a seletividade e a captura da memória coletiva instituída. Conforme comenta Jurandir Augusto Martim, índio guarani e professor da Escola Estadual Indígena Djekupe Amba Arandu, das aldeias Tekoá Pyau e Tekoá Ytu: "A simbologia dessas homenagens tem valor e mesmo que ela não seja tão representativa como foi no passado, ainda fortalece a lembrança". Esse fato demonstra, é verdade, não apenas o conflito de interpretações sobre a memória social brasileira instituída,

mas também, de maneira ainda mais fundamental, a dinâmica de produção do que é lembrado e do que é esquecido na consolidação da memória das últimas gerações. Afinal, os sessenta e dois anos em que a estátua de Borba Gato se mantém em pé corresponde a quatorze anos a menos do que a expectativa de vida para o cidadão brasileiro médio, que é de 76,2 anos, desconsiderando-se as diferenças de gênero, raça, socioeconômicas e geográficas (Gomes, 2024). “Em 1993, a esperança para um indiozinho de cinco anos era de que ele vivesse até os 48,2 anos. Em 1994, a previsão caiu para 45,4 anos. Em 1995, a expectativa de vida desceu ainda mais: 42,6 anos”, conforme uma notícia de 1996 publicada no jornal Zero Hora de Porto Alegre, que teve por base relatórios do IBGE da época (Aquino, 1996).



Imagem 1 - Chamas atingem a estátua de Borba Gato, na zona sul de São Paulo. Thais Haliski (Fonte: Mercier, 2021).

Em 25 de julho de 2025, quatro anos depois do primeiro evento citado, outro evento marca a prevalência da ordem simbólica brasileira: uma ordem de desocupação do Centro Cultural Kaingang “Vãre” (apresentado, também, como “Centro de Referência, Memória e Cultura Indígena”) na cidade de Londrina, no estado do Paraná (Rodrigues, 2025). Localizado a cerca de 100km da Terra Indígena Apucaraninha, o Vãre (Imagem 2) é um lugar de convivência de indígenas da etnia Kaingang

da região da cidade de Londrina, ao mesmo tempo em que é um centro de manutenção e de apresentação de sua cultura e memória à sociedade circundante, dentro da qual a população indígena é minoritária.



Imagem 2 - Centro Cultural Kaingang Vãre em Londrina, Paraná. Foto: Francielle Rodrigues/Portal Verdade
(Fonte: Rodrigues, 2025).

Em um artigo de opinião publicado no jornal Folha de Londrina, escrito pela antropóloga Ana Carolina Goulart (2021) poucos meses depois do incêndio da estátua de Borba Gato em São Paulo e na ocasião em que um incêndio consumiu várias casas da Vãre (RPC Londrina, 2021), a autora pergunta: "Qual tem sido o valor material e simbólico dedicado aos kaingang e as novas linhas de memórias que se escrevem para a cidade? Os laços de afeto estabelecidos com a cidade de Londrina se atrelam à história e presente kaingang, os reconhecendo como sujeitos de direito à cidade, direito a uma memória revisitada e, certamente, direito à Terra?" (Goulart, 2021). Como nos lembra Ana Carolina Goulart (2021), a memória colonial prevalece na cidade de Londrina: seja nas cabines telefônicas "londrinas" inauguradas por ocasião do aniversário de 75 anos da cidade, nas memórias dos pioneiros ou, ainda, na memória bandeirante

que se mantém nos nomes das ruas do centro da cidade - Raposo Tavares, Paes Leme e, justamente, Borba Gato.

A questão não se reduz, é evidente, ao significado da estátua de Borba Gato. Ela nos coloca a ponderar sobre o que e como o espaço e as políticas públicas sustentam diferentes memórias coletivas engendradas no interior da "diferença colonial" (Mignolo, 2000), espaço de tensão e contradição entre a máquina colonial e os corpos colonizados. Na definição de Walter Mignolo (2000), "a diferença colonial é o espaço onde a colonialidade do poder é exercida" (Mignolo, 2000, p. ix). Tem-se, então, por um lado, a sustentação de uma hegemonia ideológica e econômico-política, que depende de diferentes dispositivos e táticas de estabelecimento e de cristalização da colonialidade do poder, do saber e do ser (Maldonado-Torres, 2019; Quijano, 2005) e que gera, para os dominados ou subalternos, por consequência, uma espécie de "marasmo" de suas possibilidades existenciais de rememorar-se, de recobrar a história acumulada, de imaginar alternativas e de projetar-se no futuro, bem como degringola aquelas formas de sociabilidade insubmissas e transformadoras ou, pelo menos, as empurra para as margens. As análises da situação colonial de Albert Memmi (1957/2007) e de Frantz Fanon (1952/2020; 1961/2002) o demonstram.

Ao mesmo tempo, a diferença colonial também designa o espaço "[...] onde os desígnios globais têm que ser adaptados, adotados, rejeitados, integrados ou ignorados" (Mignolo, 2000, p. ix) e, com isso, "[...] cria as condições para situações dialógicas nas quais uma enunciação fraturada é mobilizada pela perspectiva subalterna como resposta ao discurso e perspectiva hegemônicas" (Mignolo, 2000, p. x). Os corpos dominados encontram, portanto, brechas nesse jogo celebrado pelo poder dominante a partir dos quais inscrevem a sua posicionalidade existencial singular - ou o seu "lócus de enunciação" - e exercem o que Mignolo (2000) chamou de "pensamento de fronteira". Voltemos a seu texto mais uma vez. Ele diz: "A transcendência da diferença colonial só pode ser feita a partir de uma perspectiva de subalternidade, de descolonização e, portanto, a partir de um novo terreno epistemológico onde o pensamento de fronteira é exercido." (Mignolo, 2000, p. 45). Em sentido complementar, afirma: "O pensamento de fronteira [...] é uma consequência lógica da diferença colonial. [...] [O] lócus fraturado de enunciação a partir da

perspectiva subalterna define o pensamento de fronteira como resposta à diferença colonial" (Mignolo, 2000, p. 47).

Em "*Psicanálise do fogo*", Gaston Bachelard (1938/1996) nos apresenta uma análise sobre como o fogo não é apenas um objeto físico a ser capturado e inspecionado por um ato de conhecimento de um sujeito apartado do mundo, mas se apresenta, antes, como um objeto ambíguo e simbólico que desperta desejos, medos, fantasias e está enredado a mitos de diferentes culturas. O fogo abre-nos a dimensão da imaginação e do devaneio, coloca-nos em uma espécie de transe a partir do qual se apresentam as dimensões existenciais da criação e da destruição, do aconchego e do perigo, da domesticação e da mitologia. Lembra-nos, assim, conforme a tese de Heráclito que o situa como elemento fundamental da ontologia, que a existência é constante movimento, um fluxo que jamais deixa de envolver a luta entre os opostos e a sua transformação radical. A combustão das coisas deixa-nos compreender a sua efemeridade e impermanência.

Poderá o ato incendiário da estátua de Borba Gato indicar algum caminho sobre a explosão dos referenciais ontológicos coloniais sobre a memória?

Como se dará o "lócus fraturado de enunciação" da memória coletiva indígena no Brasil a partir do horizonte colonial dentro do qual se inscreve? Como ele está presente no disputado espaço público das cidades brasileiras? E o que têm a dizer as vozes dissidentes que fazem arder as memórias petrificadas da colonialidade do ser, do saber e do poder? É a respeito dessas perguntas e de seus desdobramentos para uma epistemologia política da memória que pretendemos discorrer ao longo desse ensaio. Para tanto, ele está organizado em três partes principais. Na primeira parte, fundamentamos a ideia de que a memória é coletiva e que ela depende de políticas da memória para se instaurar, assim nos ajudando a enxergar os efeitos da colonialidade sobre a memória de maneira ecológica. Em um segundo momento, resgatamos a memória indígena brasileira em sua luta contra a colonialidade do Estado brasileiro e situamos a sua posicionalidade histórica como guardiões de uma memória subalternizada. Por fim, buscamos compreender como a dissidência da voz indígena tanto nos lança para o passado ancestral de Pindorama como, também, abre-nos para outras possibilidades quanto ao que ainda

não é, mas que poderia vir a ser - o que se atualiza na figura poética do fogo que consome aquilo que é no presente.

O SUJEITO DA MEMÓRIA É UM SUJEITO COLETIVO.

O que é a memória, afinal? Certamente, não é uma propriedade da mente humana, nem é apenas uma função do cérebro, como supunham os filósofos modernos e os psicólogos experimentais do século XIX. Ora, ela também não pode ser tomada como um signo exclusivo de uma trajetória individual pelo mundo, refletindo a predominante visão individualista de nossa época. É verdade que é sobre a memória individual que se entrelaçam vários fios para produzir a História. Mas, é justamente a partir disso que se pode compreender a memória como uma função comunitária ou coletiva que torna possível com que, entrelaçadas, as histórias individuais e os indivíduos sejam acomodados em um todo significativo, que se exprime em narrativas, discursos, mitos, enfim, nas formas simbólicas de um grupo (Cassirer, 2004; 2012). Isso implica dizer que a memória não está apartada da maneira como os seres humanos produzem o seu próprio mundo, portanto dos modos e meios de produção de que lançam mão no processo de produção e de reprodução social, bem como no processo de transformação social (Bosi, 1994).

Para Eclea Bosi (1994), com efeito, a memória consiste em um diálogo entre a lembrança pessoal e a sua inscrição coletiva, social e histórica. Ao mesmo tempo, toda memória acontece através de determinadas tecnologias pedagógicas que as transmitem e codificam. Isso não implica reduzi-la aos arquivos e registros burocratizados das instituições modernas ocidentais, mas considerar que a sua base é a transmissão cultural e intergeracional, seja ela escrita ou pela via da oralidade. Os lugares da memória são sempre lugares de conflito, de modo que envolvem tensões entre as memórias oficiais, institucionalizadas, e as memórias que ficam à margem das instituições oficiais, mas preservadas por outros meios e fluxos.

É nessa linha que podemos resgatar a contribuição de Bernard Stiegler (2018). Para esse autor, os dispositivos de memória e de produção da imaginação funcionam como uma espécie de extensão do modo de existir humano, articulando técnica e tempo. Tendo por base as análises de Edmund Husserl (2017) sobre a consciência interna do tempo, o autor constrói o seu conceito de “rememoração secundária”. Para Husserl

(2017), o tempo da consciência, distinguindo-se do tempo cronológico, envolve três fases principais: o presente vivido, pelo qual a impressão perceptiva se apresenta intuitivamente e preenche a experiência com um conteúdo; a retenção, que sustenta uma sombra de passado que conflui para o presente e retém os rastros do objeto apresentado (por exemplo, o som anterior de uma palavra que, retido, torna possível com que ela tenha um sentido único); e a protenção, que faz o presente vivo deslizar para uma abertura de novos preenchimentos e articula o objeto com a sua teleologia significativa (por exemplo, a palavra exige um preenchimento contínuo para que uma frase ou discurso se forme). Cada um desses momentos não constitui, portanto, uma função distinta da consciência, como na memória no sentido da rememoração ou na imaginação no sentido da futuração, mas entrelaçam-se na totalidade da experiência temporal e possibilitam tanto a memória como a futuração projetiva.

Para Stiegler (2018), considerar a memória exige que seja colocada em cena uma função psicológica mais complexa, entrelaçada ainda a outras funções psicológicas. Se a retenção primária, analisada por Husserl (2017), reproduz aquilo que é imediatamente vivido, a retenção secundária é muito mais produtiva: ela coloca em cena não apenas a seleção do material vivido, mas, também, a imaginação. Afinal, a memória é completada pela fantasia e pela perspectiva que o sujeito possui a respeito daquilo que foi e é por ele vivido, também aí englobando o seu "projeto", o seu deslocamento contínuo em direção a um futuro em aberto. O tecido da memória, em vez de uma mera linha estendida entre o passado e o presente, está mais para um bordado fino que envolve essas múltiplas dimensões.

Contudo, a memória não se esgota nas funções e nos esforços psíquicos do indivíduo, tampouco encerram-se no invólucro de seu próprio corpo. Pelo contrário, construímos memórias a partir de ferramentas e outros artefatos que nos foram herdados de nossos antepassados e que amalgamam e condensam as suas experiências e conhecimentos prévios, possuem e são herdeiros de uma história e de um conjunto de práticas que sedimentam um passado que, inclusive, não foi por mim vivido diretamente. Exemplos desses artefatos condensadores de memória são as fotografias, as videografias e as fonografias. Para Stiegler (2018), tais artefatos retêm memórias "fora do corpo", objetivas e prostéticas, e que podem ser reproduzidas tecnicamente, seja por vias analógicas ou digitais.

A sua reprodução produz sensibilidades, formadas pela possibilidade da repetição, cristalizada em hábitos. A memória é, nesse sentido, coextensiva ao corpo e aos dispositivos técnicos que o prolongam.

A direção da exteriorização de tais memórias é orientada pelos imaginários sociais (Castoriadis, 1987) e por sua relação com os dispositivos técnico-simbólicos (Stiegler, 2018). Afinal, a escolha de erguer monumentos dedicados aos bandeirantes reflete uma decisão política da elite paulistana em uma busca por criar uma identidade e um sentimento de comunalidade (Oliveira, 2017). Nesse sentido, esteve orientada à instituição de um imaginário comum, no sentido de Castoriadis (1987), imposto sobre a ampla sociedade. Por outro lado, é possível destacar esse movimento também como gesto técnico-político, no sentido de Stiegler (2018). Pois a técnica constitui uma espécie de reduto cultural sedimentado que informa a imaginação e a capacidade de constituição de experiências - não há, portanto, imaginário sem uma mnemotécnica.

As regras de formação da memória se encontram, em última instância, fora do sujeito, nas normas de ordem cultural e social que regem e regulam as relações entre homens e artefatos a cada momento dado (Stiegler, 2018). Toda memória está, portanto, submetida às técnicas e às políticas da memória (Bosi, 1994). A exteriorização da memória e a dinâmica transindividual de sua composição são elementos de uma leitura ontológica da experiência que não a situa como interior nem como individual. Afinal, sendo transindividual, a experiência é atravessada por conteúdos de outras fontes - direta ou indiretamente, de outras pessoas - e, ao mesmo tempo, as formas pelas quais ela se organiza são elas próprias moldadas pelas instituições sociais, por seus códigos e por suas técnicas e políticas de significação. As retenções externas apontam, pois, para um transbordamento constitutivo da memória e para a importância de se considerar as formas industriais e coloniais de protensão e de retenção, bem como as normatividades técnicas e políticas do sentir e os regimes de atenção no interior do qual se constróem as orientações subjetivas.

Cabe destacar que estátuas, monumentos, nomes de avenidas, entre outros dispositivos, valem como materialização sociais da lembrança e do esquecimento, como próteses da memória coletiva, assim instituindo regimes de atenção que constituem a temporalidade existencial individual. Afinal, aquilo que é erguido como monumento sustenta um nó de

lembranças e de esquecimentos, ao mesmo tempo em que fixa um regime de sensibilidade colonial naturalizador de hierarquias e alimenta um campo de investimentos afetivos cristalizados, por exemplo, na forma do "orgulho nacional" - que, ao mesmo tempo, obstaculiza a emergência de outros afetos. Assim, essa espécie de "captura simbólica" implica, também, um espectro de ausência no cotidiano, que possui efeitos sobre a memória que será formada e a que não será formada, bem como direcionando o desejo de pertencimento e de reconhecimento para a esfera da rejeição e do apagamento. Com isso, a existência indígena ou negra é forçadamente deslocada para o lugar de uma alteridade ausente (Santos, 2002).

Ademais, os dispositivos simbólicos arquitetônicos em consideração refletem uma decisão ontológica do coletivo que cristaliza aquilo que os grupos hegemônicos da sociedade consideram como digno de aparecer, refletindo o seu sistema axiológico e ideológico. Como instituições da temporalidade, eles estabilizam interpretações do passado e bloqueiam a emergência de determinadas esferas instituintes. Quando conflitos em torno de um desses dispositivos se apresentam na cena pública, pegando carona nas reflexões de Castoriadis (1987), podemos dizer que conflitos de imaginários são revelados. Isso significa dizer que o imaginário instituído e materializado na estátua de Borba Gato é combatido pela força do imaginário constituinte. Contrariamente a certas suposições presentes em narrativas do período, esse combate não implica uma destruição do passado - situação em que se confunde a materialidade da naturalização do instituído com a materialidade de uma coisa -, mas a sua reinterpretação.

As interpretações dominantes são conservadas e reproduzidas por diferentes tecnologias. Na modernidade colonial, a economia da memória é reconfigurada e submetida a uma lógica da memória escrita e jurídica do colonizador. Afinal, o regime colonial instaura instituições que se amparam na criação de narrativas técnicas - como leis, escrituras, mapas, registros etc. - que substituem as memórias vivas dos povos originários por memórias administrativas, arquivísticas e burocráticas. A famigerada carta do escrivão Pero Vaz de Caminha considerada o documento oficial do "achamento" ou descobrimento do Brasil, é um destes exemplos em que a narrativa técnica – neste caso documental – se impõe sobre a memória autóctone. A memória do Estado português substitui não

só os fatos, mas os sentido e significados dos fatos ao abordá-los por sua perspectiva. Ao chamar de descobrimento o que pela memória dos povos originários é entendido como invasão produz-se um sentido e um lugar para a memória da interação entre Abya Yala e Europa e coetaneamente organiza-se um bloqueio, restrição e apagamento de outras possiblidades de interpretação deste encontro a ser resgatado como memória. Opera-se a descontinuidade de um modo de lembrar e sua reconfiguração como parte de um outra ordem histórica que produzirá igualmente outra memória, semelhante ao que Michel de Certeau em *A Escrita da História* (1982) chamou de *Escrita conquistadora*.

Essa lógica dominante de colonialidade do saber e do poder se escreve, pois, sobre um conjunto de ações que arregimentaram uma nova ontologia da memória. A colonização do mundo indígena implica a expulsão de indígenas de seu território, a sua aniquilação biológica e a sua submissão ao sistema econômico colonial, mas também o apagamento da memória territorial e comunitária, a interdição das línguas originárias - e, com isso, a destruição da memória incorporada e compartilhada - e a imposição da hipomnésia colonial como "arquivo oficial", em uma espécie de reescritura da história. Ao mesmo tempo em que se avalia o peso deste arquivo, será necessário considerar outras tecnologias de produção das memórias esquecidas e apagadas; e, quiçá, encontrar o ato incendiário como uma tecnologia de produção da memória, da experiência e da imaginação coletivas.

A HISTÓRIA DO APAGAMENTO DA IDENTIDADE E DA MEMÓRIA INDÍGENA NO BRASIL.

Falar sobre a memória indígena no Brasil é considerar tanto a sua dimensão ancestral, sustentada por mestres da memória e da cultura, quanto também o fato de que, no cenário público e oficial, ela foi intencionalmente ignorada, apagada e marginalizada. Conforme argumenta Aníbal Quijano (2005, p. 127), no processo de colonização da América, os colonos encontraram muitos povos diferentes, sendo que cada um tinha sua própria história, linguagem, memória, identidade, cultura, etc., porém "trezentos anos mais tarde todos eles reduziam-se a uma única identidade: índios". O autor desenvolve essa ideia, destacando que "esta nova identidade era racial, colonial e negativa" e que "assim também

sucedeu com os povos trazidos forçadamente da futura África como escravos", o que significou que "no lapso dos trezentos anos, todos eles não eram outra coisa além de negros" (Quijano, 2005, p. 127). Em outros termos, a diversidade foi reduzida a dois significantes principais cujo traço comum não é senão a sua distância para com o mundo do colonizador: o negro e o indígena. Nas palavras de Dussel (1995, p. 113),

> [...] o índio, na ordem da conquista, não foi nunca respeitado como outro, senão imediatamente instrumentalizado enquanto coisa. Por isso, o mundo hispânico inclui dialeticamente o mundo do índio e a Hispanoamérica não é senão a expansão dialética do abuso sobre o Outro.

O termo *índio*, em particular, foi aplicado para os povos originários desde o momento em que Cristóvão Colombo se equivoca ao sair da Espanha em direção à Índia ("o outro mundo") e, chegando às Américas ("o novo mundo"), nomeia-os como "índios", passando a ser o termo adotado para todos os habitantes das américas. Contudo, outros termos também foram adotados para se referir aos indígenas, tais como "negros da terra", por serem não-brancos como os europeus (portugueses, espanhois, holandeses e franceses), ou "brasis" ou "brasilienses", por terem seu trabalho explorado na extração do pau-brasil (Kaká Werá Jecupé, 1998), ou, ainda, na terminologia dos jesuítas, foram chamados de "gentios" e "pagãos", apresentando-os como aqueles que não seriam cristãos. No século XIX, as expressões "índios mansos" e "índios bravos" também foram adotadas para designar aqueles que, por um lado, teriam sido domesticados e controlados e, por outro, aqueles que teriam resistido à empresa colonial.

Desde o século XVI, no que é, ao menos em parte, o atual território Paraná, foi formada por jesuítas espanhóis a República do Guayrá, onde estabeleceram uma série de missões e de assentamentos em que os indígenas eram tomados como gentios, restando-lhes a conversão ao cristianismo, ou, então, como mão-de-obra a ser explorada no cultivo das terras e na exploração do ouro. Deve-se comentar o uso das "*encomiendas*": espécies de capitanias hereditárias, as quais, em vez de tratarem da terra, versavam sobre o pagamento de taxas e da exploração do trabalho de indígenas. Esse sistema de exploração do indígena esteve alicerçado, basicamente, em sua escravização e extermínio. Até a primeira República,

encontramos vários relatos, especialmente de missões religiosas, sobre o indígena com o "*preguiçoso*" e como o "*insubmisso*". Ainda no século XVI, esse inóspito cenário motivou o Êxodo Guairenho, a saída de um contingente de povos originários (especialmente tupis) para o Paraguai e outras terras do continente.

Posteriormente, a empresa desenvolvimentista do Estado Brasileiro, ancorada sobre os princípios de racionalização de processos e da modernização social, sobretudo da indústria, teve por consequência o genocídio e o etnocídio dos indígenas brasileiros (Viveiros de Castro, 2017a; 2017b). Conforme a definição de Pierre Clastres (1982, pp. 52-60):

> Se o termo genocídio remete à idéia de raça e ao desejo de extermínio de um grupo étnico-racial, o termo etnocídio acena não para a destruição física dos homens, como o genocídio, e sim para a destruição de sua cultura. O etnocídio, portanto, é a destruição sistemática de modos de vida e de pensamento de pessoas diferentes daquelas que conduzem a empresa da destruição. Em suma, o genocídio assassina os povos em seus corpos e o etnocídio os mata em seu espírito.

Krenak (2019) comenta a relação tensa entre o Estado nacional brasileiro e os povos indígenas, sublinhando uma relação que culmina no genocídio e no apagamento de sua memória e da história. O Estado tem um papel ativo de ação necropolítica, para utilizar o termo de Mbembe (2018). Nas palavras de Krenak (2019), "a máquina estatal atua para desfazer as formas de organização das nossas sociedades [autóctones], buscando uma integração entre essas populações e o conjunto da sociedade brasileira" (p. 39).

No período que vai da Primeira República à Ditadura Militar, um momento de expansão econômica, de modernização e industrialização do país, contudo, outra figura domina o primeiro plano, que contribui para a ocultação de uma terrível máquina de poder. Em uma matéria publicada na Folha de São Paulo, em 22 de abril de 1970, lê-se uma matéria não assinada intitulada "*Índios: relatório não oficial refuta cabalmente alegações sobre genocídio*"[1], que se preocupa em refutar qualquer

[1] Uma coincidência do ponto de vista factual, mas uma repetição da tragédia simbólica é nos darmos conta de que a matéria seja escrita no mesmo dia e mês (22 de Abril) atribuído a "descoberta" do Brasil. O encobrimento e apagamento

alegação de que o Estado brasileiro teria operado estratégias de violência e extermínio da população indígena no país. Além dessa linha argumentativa, observa-se a defesa da tese de que a explicação para a diminuição da população indígena no país não estaria atrelada a práticas de genocídio, mas, sim, à "*supressão de laços tribais*" e a seu "*desajustamento*" na sociedade civil, posto que "*não deixou de ser índio nem chegou a ser branco*", dispersando e dissolvendo os indígenas dentre a população rural mais pobre. Esse discurso encontra seus desdobramentos nas representações sociais mais populares sobre o indígena, que o fixam a uma imagem tribal e telúrica e rejeitam quaisquer outras figuras como próprias ao modo de vida indígena; por exemplo, em um relato sobre os indígenas gamela, do Maranhão, um pescador diz: "Todos os índios que a gente conhece pela TV têm característica de índio. Visualmente eles [gamela] são praticamente semelhantes para se passar por índio. Eles querem é regredir, ser aquilo que se era antes, mas a sociedade está evoluindo" (Bedinelli, 2017).

Outro relatório, conhecido como "*Relatório Figueiredo*", publicado no ano de 1967, trata de demonstrar como o Serviço de Proteção ao Índio, promovido pelo Estado, encobriu e efetivou uma série de práticas de extermínio da pessoa indígena no território brasileiro. Esse relatório, junto com a Comissão Nacional da Verdade, que entregou seu relatório em 2014, e com a constituição da Comissão Nacional da Verdade Indígena, são caminhos institucionais de revisão da história de genocídio e etnocídio do povo indígena pelo Estado brasileiro. De acordo com Ascenso e Araújo (2017),

> A extensão do extermínio de indígenas associado ao desenvolvimentismo predatório é dificílima de avaliar. O relatório da Comissão Nacional da Verdade afirma ser possível estimar ao menos 8.350 indígenas mortos com responsabilidade do Estado entre 1946 e 1988, além de muitos outros casos em que a quantidade de mortos é alta o bastante para desencorajar estimativas.

Entretanto, apenas dez povos foram estudados pelo colegiado da CNV, representando 3,3% das etnias existentes no Brasil, o que indica

inicial é agora reiterado pela negação dos processos de violência publicizados por um jornal de grande reputação e alcance.

que os dados podem divergir e os números serem muito maiores. Como efeito da necropolítica estatal, deve-se acrescentar que, ao longo dos anos de repressão estatal, os indígenas também sofreram torturas e inúmeras tentativas de desumanização, como prisão arbitrária, trabalho análogo ao escravo e proibição da fala da língua materna, somando-se ao genocídio um processo de etnocídio, que se observa, ademais, na negação da diversidade cultural indígena.

A esse respeito, o Censo de 2010 aponta cerca de 900 mil indígenas, 305 povos e 274 línguas - no quadro mantido pelo Instituto Socioambiental, atualmente são 278 etnias. No Censo de 2022, o número de indivíduos autodeclarados indígenas mais que duplicou, para 1,7 milhão (o que corresponde, contudo, a 0,83% da população total do país). A pesquisa apontou que a maior parte dos indígenas (867,9 mil ou 51,2%) vive na Amazônia Legal, região formada pelos estados do Norte, Mato Grosso e parte do Maranhão. No Paraná, vivem apenas pouco mais de 30.000, distribuídos em quatro etnias principais: Guarani (aprox. 70%), Kaingang (aprox. 30%), Xetá e Xokleng. Segundo a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), o Paraná concentra 45 aldeias e 23 terras indígenas. Especificamente no Norte do Paraná, encontram-se as aldeias: Apucarana (Kaingang, no município de Londrina), Barão de Antonina (Kaingang, em São Jerônimo da Serra), São Jerônimo (Kaingang, Guarani e Xeta, também em São Jerônimo da Serra) e Yvyporã Laranjinha (Guarani Nhandeva, em Cornélio Procópio). Em nível nacional, identificou-se que 63,3% dos indígenas vivem fora das Terras Indígenas. O que pode ser interpretado à luz do fato de que, no processo de integração nacional do indígena, houve um processo de desapropriação da terra, especialmente da terra frutífera e conectada com os rios - portanto, a perda de um conjunto de referenciais que situa um modo de existência e o bem-viver indígena - e uma série de processos de "fricção interétnica" pela proximidade com o mundo branco em suas frentes de expansão (agrícola, extrativa etc.) que, juntamente com o fato anterior, forçou muitos indígenas a desenvolverem formas de sobrevivência nos interstícios das cidades ou em contato com o mundo branco, submetidos, portanto, às relações de produção e exploração por ele impostas (Oliveira, 1963).

O pensador e ativista indígena Casé Angatú Xukuru Tupinambá, da etnia Xukuru e atualmente habitante da Terra Indígena de Olivença, afirma a esse respeito:

> Não foram os Povos Indígenas que invadiram terras, genocidaram e etnocidaram pessoas e Povos, violando por mais de quinhentos anos o direito que antecede ao da propriedade privada e do estado. Insisto que é uma prerrogativa não por sermos proprietários, mas de pertencimento ao Território e Natureza (Angatú, 2021, p. 19).

E, mais adiante em seu texto, complementa: "os corpos, rituais, cosmologias, epistemologias e formas de viver indígenas são, em conjunto, natural e espontaneamente também um empecilho aos estados que desejam atender aos interesses do desenvolvimentismo capitalista, como é o caso brasileiro." (Angatú, 2021, p. 19).

Com as políticas de integração nacional, o indígena foi homogeneizado, tomado através do signo genérico "índio", e, com isso, foram-lhe negadas as possibilidades de pertencimento à língua, aos saberes, aos modos de vida e à sua própria identidade étnica. Sob diferentes figuras e mediante diferentes tensionamentos, configura-se o etnocídio do indígena brasileiro. Figuras como o "caboclo", o "bugre", o "mestiço" ou o "descendente de indígena" apontam para o "índio" como uma "categoria social transitória, em uma perspectiva assimilacionista em que, a partir do momento em que a pessoa indígena se tornasse 'civilizada', deixaria de ser indígena e passaria a se integrar às demais categorias raciais não indígenas" (Longhini, 2021, p. 68). Destaca-se, para este fim, a atribuição da identidade "parda" ao indígena. Deve-se reconhecer que o agrupamento entre pardos e pretos, a partir da década de 1970, com os estudos sobre desigualdades raciais (Carneiro, 2005), tem, por um lado, sua validade para a afirmação da hierarquia e desigualdade raciais existentes entre brancos e não-brancos no Brasil, mas tem, também, por outro lado, o efeito contraditório de apagar as populações indígenas e as suas especificidades (Longhini, 2021).

Apagamento também da diversidade de línguas indígenas, com o silenciamento dos "múltiplos tupis" e a adoção do tupi como língua oficial, distinguida das línguas referidas pelo termo "tapuya" – que significa, brevemente, "inimigo". Um recorte adotado pelo olhar dos portugueses, baseado na distinção entre os povos tupis-guaranis (tupinambás) e os falantes do macro-jê, chamados pelos tupis-guaranis de "tapuias" – os estranhos, ou bárbaros. Enquanto os tupis-guaranis habitavam o litoral do Brasil, ponto principal da colonização portuguesa, os tapuias

predominavam em seu interior. De acordo com Dirceu Lindoso (2008), os grupos tapuias abarcam os botocudos, os tarairus e os cariris, por exemplo. Citando Orlandi (1990, p. 74), Cox (2006) manifesta a seguinte pergunta: "Que língua nós apagamos para ter a língua nacional (o português)?". E comenta a seguir: "Em nível de senso comum vigora a idéia de que o Brasil é um país monolíngue. [...] através desse mito da unidade linguística brasileira, silenciam-se as mais de 170 línguas indígenas faladas pelos povos que vivem em território brasileiro" (Cox, 2006, p. 74).

O apagamento é, portanto, um dos principais signos do colonialismo perpetrado contra a população indígena no Brasil, embora toda ausência indique, também, outros devires instituintes. De fato, muitas etnias indígenas foram declaradas extintas durante esse longo processo histórico. Porém, na atualidade, muitos reafirmam a sua existência e identidade individual e coletiva. Casé Angatú (2021) nomeia esta reafirmação da identidade indígena, no contexto da luta por direitos, como "*indianidade*". Em suas palavras, a "indianização demonstração o *Tupixuara moingobé ñerena* (Espírito Originário re-existindo e resistindo) num contexto de subjetivação de t-eté (corpos), anga (almas), aupaba (terras originárias), autodeclaração originária, autodemarcação territorial" (Angatú, 2021, p. 19).

Acrescente-se, portanto, à luta pela afirmação da identidade indígena, reconhecida e instituída no âmbito educacional pela Lei 11.645/2008 que alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) para tornar obrigatório o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena em todas as escolas de ensino fundamental e médio, públicas e privadas, no Brasil, também as múltiplas lutas indígenas por demarcação de seu território, pela valorização de seu patrimônio cultural, pela proteção ambiental e por assistência do Estado (como se encontra registrado no "Estatuto dos Povos Indígenas", proposto pela Assembleia dos Povos Indígenas, 2001) e a luta contra o "marco temporal" (Lei 14.701/23), que consiste em dispositivo legal do Estado brasileiro que sustenta a tese da circunscrição dos territórios indígenas exclusivamente a partir daqueles que foram demarcados ou estariam em conflito por demarcação no momento constituição de 1988, de forma a deixar de fora todos aqueles outros anteriores a tal instituição e desconsiderar um profundo e longo passado histórico.

Se grande parte dessa história tende a ser apagada pela "história oficial", instituída, e pelo peso ontológico da colonização, encontramos na força instituinte das lideranças e dos povos indígenas outras políticas da memória e formas de inscrição no espaço social.

REFERÊNCIAS

ANGATÚ, Casé Tupixuara Moingobé Ñerana. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 21, v. 231, pp; 13-24, 2021.

AQUINO, L. Expectativa de vida de índios cai 11% em três anos, **Zero Hora**, Porto Alegre, 6 abril 1996. Disponível em: <https://documentacao.socioambiental.org/noticias/anexo_noticia/38918_20161206_124840.PDF>.

ARTIGO 19. O que simboliza o ato de queimar a estátua de Borba Gato e o que a resposta criminalizadora evidencia, **Artigo 19**, 31 de julho de 2021. Disponível em: <https://artigo19.org/2021/07/31/o-que-simboliza-o-ato-de-queimar-a-estatua-de-borba-gato-e-o-que-a-resposta-criminalizadora-evidencia/>.

ASCENSO, João Gabriel da Silva; ARAÚJO, Rayane Barreto de. Genocídio indígena e ecocídio no Brasil. **Ciência Hoje**, 372, dezembro de 2020. Disponível em: < https://cienciahoje.org.br/artigo/genocidio-indigena-e-ecocidio-no-brasil/>.

ASSEMBLEIA DOS POVOS INDÍGENAS. Proposta da Assembleia Indígena ao Substitutivo da Comissão Especial da Câmara dos Deputados constituída para apreciar e dar parecer sobre os Projetos de Lei Nº 2.057, de 1991, 2.160, de 1991 e 2.619, de 1992, que instituem o Estatuto Dos Povos Indígenas. [s.l.]. Abril de 2001. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/H1D00060.pdf>.

BACHELARD, G. **A psicanálise do fogo**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BOSI, E. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. 3a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.CASSIRER, E. **A Filosofia das Formas Simbólicas, II**: O Pensamento Mítico. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CASSIRER, E. **Ensaio sobre o homem:** Introdução a uma filosofia da cultura humana. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

CASTORIADIS, Cornelius. O imaginário: a criação no domínio social-histórico. **As encruzilhadas do Labirinto II:** Os domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
CERTAU, Michel de. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1982.
CLASTRES, Pierre. **Arqueologia da violência.** São Paulo, Brasiliense, 1982.
COX, Maria Inês Pagliarini. A noção de etnocídio: para pensar a questão do silenciamento das línguas indígenas no Brasil. **Polifonia**, v. 12, n. 12 (1), 2006.
DAMASCENO, V. Borba Gato não foi caçador de índios, queimaram a estátua errada, diz Eduardo Bueno, **Folha de São Paulo**, 29 jul. 2021. Disponível em: < https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/07/borba-gato-nao-foi-cacador-de-indios-queimaram-a-estatua-errada-diz-eduardo-bueno.shtml >.
DUSSEL, E. **Introducción a la filosofía de la liberación**. 5ª ed. Bogotá: Editorial Nueva América, 1995.
FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas.** São Paulo: Ubu Editora, 2020. (Original de 1952).
G1 SP. Prefeito de SP lamenta incêndio em estátua do Borba Gato e diz que empresário irá doar valor para restaurar monumento, **G1,** 26 jul. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/07/26/prefeito-de-sp-lamenta-incendio-em-estatua-do-borba-gato-e-diz-que-empresario-ira-doar-valor-para-restaurar-monumento.ghtml>.
GOMES, I. Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia, **Agência IBGE Notícias**, 29 nov. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>.
GOULART, A. C. Espaço Aberto: Direito à cidade e direito à memória: os Kaingang e as raízes londrinenses, **Folha de Londrina**, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/opiniao/espaco-aberto---direito-a-cidade-e-direito-a-memoria-os-kaingang-e-as-raizes-londrinenses-3097492e.html?d=1>.

HUSSERL, E. **Lições para uma fenomenologia da consciência interna do tempo**. Trad. Pedro Alves da Silva. Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.
JECUPÉ, Kaka Werá. **A terra dos mil povos:** história indígena brasileira contada por um índio. Editora Peirópolis, 1998.
KAYAPÓ, E.; BRITO, T. A pluralidade étnico-cultural indígena no Brasil: o que a escola tem a ver com isso? **Mneme - Revista de Humanidades**, v. 15, n. 35, pp. 38-68, 2015. Disponível em: < https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/7445 >.
KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2a ed. Editora Companhia das letras, 2019.
KUMEKAO, Júlia K. P. **Guardiães da memória dos povos Kaingang, Guarani e Xetá na região de Londrina**. Londrina: Secretaria Municipal de Cultura da Prefeitura de Londrina, 2022.
LINDOSO, Dirceu. **Lições de etnologia geral:** introdução ao estudo de seus princípios: seguido de dois estudos de etnologia brasileira. Maceió: UFAL, 2008.
LONGHINI, Geni D. Núñez. Da cor da terra: etnocídio e resistência indígena. **Revista Tecnologia & Cultura-Rio de Janeiro-Edição especial**, p. 65-73, 2021.
MALDONADO-TORRES, N. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSFOGUEL, R. **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2a. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019, pp. 27-54.
MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
MEMMI, Albert. **O retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. (Original de 1957).
MERCIER, D. Estátua de Borba Gato, símbolo da escravidão em São Paulo, é incendiada por ativistas, **El País**, São Paulo, 24 jul. 2021. Disponível em: < https://brasil.elpais.com/brasil/2021-07-24/estatua-do-borba-gato-simbolo-da-escravidao-em-sao-paulo-e-incendiada-por-ativistas.html >.
MIGNOLO, Walter D. **Local Histories/Global Designs:** Coloniality, Subaltern Knowledges and Border Thinking. Princeton: Princeton University Press, 2000.

RODRIGUES, F. Prefeitura de Londrina exige desocupação de Centro Cultural Kaingang; indígenas defendem espaço, **Portal Verdade,** 25 jun. 2025. Disponível em: <https://portalverdade.com.br/prefeitura-de-londrina-exige-desocupacao-de-centro-cultural-kaingang-indigenas-defendem-espaco/>.
RPC LONDRINA. Incêndio destrói casas no Centro Cultural Kaingang, em Londrina, **G1,** 05 ago 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2021/08/05/incendio-destroi-casas-no-centro-cultural-kaingang-em-londrina.ghtml>.
OLIVEIRA, R. C. DE. Aculturação e "fricção interétnica". **América Latina**, v. 6, n. 3, p. 33-46, 1963.
OLIVEIRA, R. C. DE .. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estudos Avançados**, v. 14, n. 40, p. 213–230, set. 2000. https://doi.org/10.1590/S0103-40142000000300018
OLIVEIRA, R. Por que nos importamos com símbolos escravagistas dos EUA e ignoramos os do Brasil?, **El País**, São Paulo, 04 set. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/09/02/politica/1504310652_774711.html .
QUIJANO, A. **A colonialidade do poder:** eurocentrismo e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
SANTOS, Boaventura de Sousa. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de ciências sociais**, n. 63, p. 237-280, 2002. https://doi.org/10.4000/rccs.1285 .
STIEGLER, Bernard. **La technique et le temps:** 1. La Faute d'Épiméthée. 2. La Désorientation 3. Le Temps du cinéma et la question du mal-être. Paris: Fayard, 2018.
VERGÈS, F. Mémoires et patrimoines vivants de la traite négrière et l'esclavage, **In Situ** [Online], 20, 2013. https://doi.org/10.4000/insitu.10265
VIVEIROS DE CASTRO, E. No Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é. **Instituto Socioambiental** [online], ago 2006. Disponível em: < https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/No_Brasil_todo_mundo_%C3%A9_%C3%ADndio.pdf >.
VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Os involuntários da Pátria: elogio do subdesenvolvimento. **Caderno de Leituras**, n. 65, Série Intempestiva, maio de 2017b.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Sobre a noção de etnocídio, com especial atenção ao caso brasileiro, **Academia**, 2017a. Disponível em: < https://at/glX78 >.

Sintonizando saberes amazônicos: um relato de experiência sobre a escuta e o encontro em uma disciplina radiofônica

Lucas de Almeida Modesto
Evelyn Cristina Martins Cunha
Priscila Iara Louzada
Márcio Mariath Belloc

INTRODUÇÃO.

O presente relato diz respeito à experiência de produção de sentido e saber vinculadas à disciplina "Seminário de difusão de pesquisas atuais em psicologia na Amazônia", desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, em parceria com a Rádio Web da UFPA, coordenada pelo Prof. Dr. Márcio Mariath Belloc. Trata-se de uma ação de ensino centrada na produção coletiva de conhecimentos, possibilitada pela criação de um espaço comum, cuja chave de entrada é a singular contribuição de cada participante. Partimos de uma ideia simples: ler e debater em profundidade artigos produzidos por docentes, discentes e/ou egressos desse PPG. Não há uma seleção de artigos, senão a acolhida pelo grupo da disponibilidade dos autores, que são previamente agendados para uma conversa em um estúdio de gravação e desses encontros gravados são produzidos programas de rádio/podcast. Importantes produções são pinçadas deste labirinto acadêmico, da profusão de periódicos científicos e transformadas em transmissão oral, que se dobra sobre os textos, tramando tecituras na conjunção de ideias e reflexões nas ondas do rádio.

Trazendo uma contextualização breve dessa tecnologia, a rádio surge em meio ao desenvolvimento da chamada telegrafia sem fio e a difusão da radiocomunicação em que pela primeira vez a distância se extinguiu e deixou de ser um entrave no processo de transmissão de informações. Entretanto, não há concordância entre os países sobre a autoria desta invenção e avanço tecnológico de cada era radiofônica na indústria midiática. Por outro lado, grande parte dos autores pontuam que o italiano Guglielmo Marconi foi o inventor do primeiro sistema de telégrafos sem

fios. Nessa história, a transmissão inaugural teria sido efetuada no Canal da Mancha no ano de 1899. No entanto, apesar de Marconi ter passado à posteridade como o inventor do rádio, sabe-se que em 1892, Roberto Landell de Moura, sacerdote católico e cientista brasileiro, teria inventado o rádio e feito as primeiras transmissões de voz sem fio (Visoni, 2018).

De acordo com esse processo, somado à emergência das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), muitos meios de transmissão anteriores começaram a entrar em desuso ou se adaptaram aos novos formatos. No caso da rádio não ocorreu diferente, posto que precisou florescer e respirar conforme os desafios de se atualizar e se potencializar, vinculando-se com plataformas de sistemas digitais, colaborativos ou privados. E o que antes funcionava somente a partir da equalização de frequências, foi se adaptando às novas tecnologias que a sociedade aderiu, passando a assumir outras formas, ocupando os *streamings* ou se transformando em "rádio web".

Outro aspecto que vale enfatizar em relação às mídias e suas variadas formatações, sejam elas televisivas, radiofônicas e impressas, concerne à influência que possuem sobre os processos de subjetivação das pessoas. Portanto, é preciso ratificar que a rádio é uma ferramenta enriquecedora na troca de conhecimento, visto que possui forte potencial democrático ao transmitir sua mensagem. Walter Benjamin, durante o período entre grandes guerras, vislumbrou e utilizou tal potencial pedagógico emancipatório, não somente como ferramenta de alienação das massas, chegando a produzir mais de 80 emissões de rádio entre 1927 e 1933 (Golin e Cruz, 2024).

Sejam as rádios liberais, populares, comunitárias, de serviço social, emissoras web, ou podcasts, que possibilitam a equalização em diversas plataformas de *streaming*, são algumas das várias possibilidades de uma radiofonia que se reinventa ao longo do tempo, apesar de ser anunciada à morte por diversas gerações de comunicadores e especialista (Kischinhevsky, 2016).

Com a miniaturização das tecnologias de áudio e sua incorporação de funções, como tocadores de MP3, e outros dispositivos associados à execução que permitiram a gravação dos chamados *Podcast,* que há uma versatilidade de produções e reproduções em inúmeros aparelhos e simultaneamente no dia a dia. Dessa forma, torna o podcast um agente

facilitador de difusão de conteúdo que demonstra o seu teor potencial produtivo ratificado pela presença de diversos programas livres com variados conteúdos e finalidades.

Nessa conversa, Pessoa, Prata e Avelar (2017) defendem que esses novos formatos de rádio em ambientes virtuais criam tensões importantes com os métodos tradicionais de fazer rádio. Contudo, destacam as novas possibilidades que este modelo atual pode proporcionar, incluindo desde a difusão de textos em forma "audioverbovisual", até novos modos de elaborar negócios. Além disso, consideram que os ambientes de rádio virtual podem ser produzidos por pessoas comuns, sem a intermediação de grandes emissoras. Logo, sujeitos que em geral seriam apenas ouvintes, podem então se tornar idealizadores de diferentes projetos nesse meio.

Outra forma de comunicação que surge para contrapor a lógica hegemônica e se assemelha de certo modo ao que foi produzido nesta disciplina, são os podcasts. O podcast, desde sua origem, foi uma mídia com potencial disruptivo e democratizador. No entanto, sua apropriação por grupos midiáticos hegemônicos gerou uma homogeneização de formatos e discursos (Cardoso; Villaça, 2022).

No território nacional ocorreu o fenômeno conhecido como *golden age* do podcast. Para Vicente (2018), os podcasts, que possuem conteúdos com narrativas de histórias de vida e seriados sequenciais ou ontologias, expandiram o terreno. Contudo, o que ainda domina são as formações de debate, educacional, jornalístico-temático e as entrevistas, conforme o estudo de Silva e Santos (2020), no qual analisaram os podcasts mais abrangentes em número de ouvintes no Brasil e nos Estados Unidos da América.

Em meio ao sucesso, convém pontuar que o podcast nasce com a possibilidade de que o usuário se transforme em produtor de conteúdo, o que potencializa e favorece as abordagens regionais, as representações sociais, dando espaço e voz às comunidades para as suas divulgações, para além dos meios de comunicação tradicionais. Vale ressaltar que as produções de podcast são conhecidas por possuir baixo custo, devido aos softwares de gravação e de edição de áudio possibilitarem a autonomia, assim como, por alguns serem de uso gratuito.

Nesse breve panorama, enfatizamos o espaço universitário, pois existem diversas estações radiofônicas pelo território brasileiro, uma delas é

a Rádio Web UFPA. Esta plataforma digital é um meio de comunicação com o objetivo de divulgar as atividades científicas, culturais e acadêmicas que são desenvolvidas nos estúdios do Instituto de Letras e Comunicação (ICL) da UFPA. Por meio desse dispositivo, também propõe-se contribuir com a redução do analfabetismo científico, realizando divulgação e esclarecimento sobre método científico e construção e produção da ciência. Tendo como uma de suas finalidades fazer com que a sociedade possa ter conhecimento sobre as vantagens e os possíveis riscos da progressão no campo da ciência e tecnologia

Desde 2006 no ar, a Rádio Web UFPA possibilita ao ouvinte acesso a um banco de dados com todas essas informações produzidas e consideradas importantes no cotidiano acadêmico. No próprio site há um sistema de busca que abrange várias temáticas, no qual há disponibilidade de ouvir e "baixar" programas relacionados. Logo, essa plataforma de comunicação tanto socializa a produção de conhecimento científico quanto se configura como instrumento pedagógico.

Na disciplina em questão, a utilização dessas tecnologias reiteram o caráter democrático no movimento ensino-aprendizagem. Dessa maneira, contamos com a rádio para difundir conhecimentos produzidos na nossa universidade, que por vezes ficam a parte das formações acadêmicas, seja na graduação ou pós-graduação. Para isso, por meio da Rádio Web da Universidade Federal, docente e discentes construíram um programa intitulado "Égua da Pesquisa: um debate sobre pesquisas atuais em psicologia na Amazônia".

Doravante a isto, este relato tem o objetivo de descrever a experiência radiofônica de difusão de pesquisas amazônicas por pesquisadores da Universidade Federal do Pará (UFPA), que produzem ciência neste território vasto e cheios de possibilidades, potencialidades que viabilizam a difusão da informação e do saber popular atrelado ao campo científico para a comunidade acadêmica e sociedade.

No que concerne a nossa região amazônica, o aparelho de rádio não se limita a uma voz que fala por um dispositivo, pois há uma relação simbólica com o ambiente externo. A rádio possibilita e faz com que as pessoas possam participar dos eventos de outros locais se colocando no mundo imaginário que a voz do comunicador proporciona. Podemos compreender que, na Região Norte, a rádio produz diversas paisagens sonoras em diferentes localidades regionais.

A rádio promove o intercâmbio cultural. Portanto, as ondas da rádio seguem as correntes dos rios e seus recantos. É crucial destacar para desmistificar o imaginário social em relação à Amazônia como uma zona isolada e distante do mundo.

O cotidiano amazônico ocorre de forma distinta, como os fluxos dos seus rios devido suas especificidades geográficas e culturais, assim como quem mora nas chamadas grandes metrópoles ou na serra, os espaços constituem subjetividades e, portanto, a vida.

METODOLOGIA.

A disciplina foi conduzida de modo participativo, inspirado em programas de rádio, sendo a primeira experiência no Programa de Pós-graduação em Psicologia. Os planejamentos foram desenvolvidos entre mestrandos, doutorandos e docente a partir dos encontros semanais nas reuniões de pauta (discussão do artigo) e nos dias das gravações em estúdio.

A proposta pedagógica consistiu na leitura e discussão de textos de autores(as) amazônicos(as), seguida da realização de entrevistas com esses(as) autores(as), com o objetivo de aprofundar o debate e promover um diálogo horizontal entre saberes acadêmicos, experiências locais e as especificidades de produzir ciência no espaço amazônico.

Vale ressaltar que todo processo de construção do *podcast* foi pensado e construído de maneira dialógica, com participação de todos os estudantes matriculados na disciplina. Desde a eleição do nome do *Podcast,* vinhetas, estilos musicais que seriam apresentados em cada episódio, considerando o tema tratado e a especificidade da pesquisa. Após as gravações das entrevistas o conteúdo era editado pelo professor da disciplina e divulgado no *spotify*.

A priori o professor responsável solicitou as(aos) demais docentes do programa que apresentassem produções acerca do cenário amazônico. Em seguida, organizou junto aos (as) autores (as) destes artigos possíveis datas para entrevista. Ao início da disciplina apresentou esta metodologia as (aos) discentes e dividiu em grupos.

A partir de então as aulas aconteciam em dois momentos. O primeiro era em sala de aula, onde se debatia o artigo da pesquisa que seria realizada a entrevista e se elaboravam as perguntas referentes a ele. E o segundo momento, no estúdio da rádio web da UFPA, local em que se

realizava as gravações das entrevistas. Em seguida, reiniciava-se o processo até finalizarmos o cronograma daquele semestre. As programações, eram gravadas de acordo com os debates estabelecidos e perguntas previamente definidas que constituíam o roteiro de entrevista.

Encontra-se no quadro 1 uma tabela com as referências dos textos que foram debatidos e sobre os quais se realizou as entrevistas. A tabela conta ainda com os respectivos links das entrevistas na plataforma *Spotify*.

Quadro 1 – Referências dos artigos estudados e link de acesso às entrevistas na plataforma *spotify*.

REFERÊNCIA	**LINK**
CHAVES, E**.** Literatura e parrêsia em "Outono da carne fria", de Airton Souza: esboço de interpretação a partir de Michel Foucault. *No Prelo*, 2025. (No prelo).	https://open.spotify.com/episode/1kjSOLvcBympKX6o6ZqVlX?si=5JaRNrlGRuW2O1pTpFomw
CRUZ, E. J. S.; DIAS, G. B.; PEDROSO, J**. S.** Estudo do "Ages and Stages Questionnaires" com cuidadores de crianças institucionalizadas. *Psico-USF*, Itatiba, v. 19, n. 3, p. 411-420, 2014.	https://open.spotify.com/episode/10eA6GEs5UxHWJn3vbCNcN?si=gzLz8O9kQnaMVsvV9BvjCQ
MEDRADO, B.; LYRA, J.; ALVARENGA, E. C.; LIMA, M. L. C. Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em território amazônico. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 29, supl. 1, e240372, 2025.	https://open.spotify.com/episode/75r0ejmtaLFAFJfnoYhiJT?si=KML6ioU8SS-53Jw4Pg61g

TIMMERMANN, T. A. R.; BARBOZA, R. S. L.; CABRAL, K. V. Maretório e saúde: por onde navegam as políticas públicas para os povos das águas. *Áskesis*, Franca, v. 13, n. 1, p. 98-120, 2024.	https://open.spotify.com/episode/5si43NLb-MZO8zCyFL7hbEa?si=E9PMQTjlR26qXbQcyP-ZIlg
VALE, K. S.; LEITE, A. P. M**.** Psicoterapia gestáltica em grupo para mulheres: reconhecimento de si e empoderamento feminino. *Phenomenological Studies*, v. 29, n. 1, p. 1-17, 2023.	https://open.spotify.com/episode/0EsaYE9NGXxqTWwiEqIuZ7?si=_gE-PUfU_RyCP6S_oPXCWfw

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A primeira aula, no dia 03 de abril de 2025, foi para que os(as) discentes e professor pudessem se apresentar, conhecer a proposta da disciplina, dividir os grupos e as temáticas de cada um deles. Na oportunidade também houve a partilha do professor de suas vivências de rádio. Desde a Rádio Nikosia, na Espanha, até sua recém experiência implementando a Rádio Curupira, uma proposta de rádio universitária produzida pelos próprios discentes da UFPA.

Neste encontro, houve a discussão da diversidade dos formatos de rádio. As rádios livres, rádios comunitárias, rádios piratas, entre outras. Como ponto em comum, todas citadas, partiam de movimentos de resistência, visando a emancipação e o rompimento com modelos de opressão. Como também a exibição de um trecho do curta metragem "Iracema: a história da transamazônica", tensionando reflexões acerca das diferentes formas de subjetivação na Amazônia e trazendo informações de como o dispositivo da rádio já foi utilizado neste cenário, principalmente, antes do advento da internet.

No segundo encontro, discutimos o artigo intitulado "Psicoterapia gestáltica em grupo para mulheres: reconhecimento de si e empoderamento feminino" de Kamilly Vale e Ana Paula Leite. "O objetivo deste

estudo é dar maior visibilidade às pesquisas em Clínica Gestáltica com discussões a partir dos estudos de gênero por uma perspectiva crítica e engajada ao público feminino para além da dimensão da clínica tradicional". Esta produção faz um ensaio teórico a partir da gestalt-terapia, no que tange aos grupos terapêuticos e sua potencialidade com o público feminino. Destacam, por exemplo, a sobrecarga do que chamam de "trabalho oculto", bem como outras violências de gênero nas quais mulheres sofrem cotidianamente.

Para esta entrevista, foram elaboradas perguntas sobre as motivações das autoras, a filosofia do diálogo que surge ao longo do texto, a escolha da Gestalt e as possíveis estratégias para promover um espaço seguro para reconhecimento de si e empoderamento. O texto menciona a dança do ventre como um recurso terapêutico, o que também entrou em debate. Outro aspecto questionado foi sobre os desafios e as perspectivas futuras sobre as pesquisas das autoras.

Por dificuldades de logística, essa entrevista precisou ser adiada, ocorrendo somente em 12 de junho. Nesta, pode-se ouvir o envolvimento das autoras com discussões que relacionam Gestalt, Feminismo e Grupos, que também envolvem suas respectivas trajetórias acadêmicas e profissionais, enquanto mulheres, psicólogas e mães. Na ocasião, descreveram e explicaram como funciona um projeto com mães universitárias, das potencialidades e desafios que este trabalho tem demonstrado, e que reverberam na produção do artigo. Com relação a dança do ventre, foi escolhida a partir da aproximação de uma das autoras com esta arte.

No terceiro encontro, tratamos a respeito do artigo "Literatura e parrêsia em "Outono da carne fria", de Airton Souza: esboço de interpretação a partir de Michel Foucault." de autoria de Ernane Chaves. O texto esboça situações que ocorreram no garimpo de Serra Pelada, de maneira artística e poética, Airton de Souza retrata situações cotidianas que confrontam o moralismo fascista da sociedade contemporânea, de tal forma, que ocorreram algumas polêmicas quanto a sua obra. Mediante a isto, o autor do artigo traz contribuições de Michel Foucault, principalmente sobre o Cinismo na arte e sua capacidade de confrontar estruturas fascistas.

As discussões nesta aula abordaram as motivações do autor e seu envolvimento com a temática, a escolha dos trechos e seus desdobramentos. No quinto encontro sucedeu a entrevista em questão, o entrevistado inicia tratando a respeito da polêmica em torno da produção de Airton e

do processo de censura que lhe ocorreu. Segundo o autor do artigo, essa situação favoreceu a popularidade do livro e que este remetia à "parrêsia", em outras palavras, o franco falar discorrido por Michel Foucault enquanto potencialidade que a arte desenvolveu na idade moderna.

A entrevista evidenciou a forma como a relação amorosa entre dois homens, permeada por paixão, foi o que mais chocou o público, mesmo que o livro também retrate várias outras situações de violência que aconteceram em Serra Pelada. O autor traz à tona a relação do cinismo com a verdade, o que marca a estética literária da obra analisada.

No sexto encontro, debatemos sobre o artigo "Análise da implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem em território amazônico" dos professores Eric Alvarenga, Benedito Medrado, Jorge Lyra e da professora Maria Lúcia Lima, tendo como "objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em território amazônico, tomando como referência a cidade de Belém do Pará". Neste encontro foi discutido sobre as formas de subjetivação masculina e como elas impactam na saúde do homem, em que as perguntas eram direcionadas no intuito de compreender a caracterização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e sobre as motivações e envolvimentos dos autores com a referida. Por tratar-se do território amazônico, foi perguntado sobre suas especificidades e o significado da expressão "masculinidades amazônidas" citadas no artigo. Outro aspecto relevante foi a diferença quanto às causas de morbimortalidade dos homens no norte dos demais no nosso país. Por fim, foi levantado o aspecto dos desafios e perspectivas futuras dessa produção.

No sétimo encontro, gravamos a entrevista com o professor Eric Alvarenga. O entrevistado pontuou o fato de se tratar de uma pesquisa maior, com pesquisadores de todo o Brasil, em que junto à professora Maria Lúcia foram responsáveis pelos estudos na região norte. A pesquisa foi motivada a verificar os desdobramentos da referida política que na época completava 10 anos. Acerca das especificidades da região Norte, foram relatadas que as causas externas poderiam estar relacionadas ao elevado número de morbimortalidade masculina. Visto que, foi explicitado que este fator coaduna com os altos índices de violência registrados na região.

As masculinidades amazônidas, segundo o entrevistado, são caracterizadas pela diversidade em que, muitas vezes, esses aspectos não são considerados nos serviços de saúde, o que aumenta a possibilidade de afastamento destes homens nesses locais. O próprio texto trouxe uma situação de violência direcionada a um homem indígena. Outros desafios citados são a rotatividade dos profissionais que assumem a política e a falta de incentivo financeiro. Nesta política, por exemplo, a ausência de recursos humanos para auxiliar na coordenação e a gestão num período reduzido dificulta sua execução na prática, principalmente considerando a extensão territorial do Pará. Com relação ao desdobramento, o autor sinaliza a necessidade de reiterar a importância dessa política, seja em pesquisas ou na atuação em saúde. Tratou a respeito de projetos futuros, relacionados com a área artística, afinal o professor Eric também participa de uma banda de rock.

No oitavo encontro, dialogamos sobre o artigo "Maretório e saúde: por onde navegam as políticas públicas para os povos das águas", das autoras Talita Timmermann, Roberta Barboza e Karol Cabral. "Objetivando analisar políticas de saúde para as pescadoras e pescadores artesanais e extrativistas costeiros marinhos foi realizada uma pesquisa documental com base em 18 documentos do período de 2005 a 2024". A produção trata-se de uma análise documental a respeito da Política Nacional de Saúde Integral para Populações do Campo, da Floresta e das Águas, com maior ênfase neste último, principalmente no que tange a sua conceituação e inclusão na política. As autoras introduzem a noção de "materório", não para substituir o "território", mas para lhe agregar mais informações sobre populações ribeirinhas e pesqueiras, uma vez que essas podem ter necessidades diferentes a partir de seus modos de vida, o que impacta diretamente em seus processos de saúde-doença-atenção.

A entrevista referente a este artigo foi a última da disciplina, ocorrida em 27 de junho. Na ocasião participaram as autoras Talita e Karol, presencialmente, e Roberta de forma virtual. As autoras iniciaram seus relatos a partir do envolvimento e motivação para pesquisa, o que evidenciou o desejo de produzir conhecimentos no local em que se vive, mais especificamente, a autora Talita que reside em Bragança, nesse sentido o maretório que instigou a pesquisa. O debate reiterou o caráter político do maretório com relação à necessidade da sua inclusão nas políticas

públicas, para que a integralidade em saúde realmente alcance os povos das águas.

A postura metodológica das autoras reforça o controle social e amplia as vozes das usuárias, majoritariamente mulheres, que atuam nas reservas extrativistas da região. Além de discutirem contrapontos frente às produções vigentes que seguem o viés biomédico e retratam apenas questões orgânicas, desconsiderando a equidade e todo aspecto ancestral que permeia a transmissão de conhecimentos e produção de saúde daquela população. Por fim, elencam que a pesquisa tem duas finalidades: adentrar ao maretório para ouvir o que essas pessoas têm a dizer e impulsionar sua força política, através de intervenções não prescritivas e que auxiliem essas populações a alcançarem cada vez mais espaço nos mecanismos de controle social. Assim, acredita-se que se possa produzir políticas públicas de saúde mais condizentes e pertinentes ao maretório.

No último encontro, discutimos um artigo dos professores Edson Cruz, Greyciane Dias e Janari Pedroso, intitulado Estudo do "*Ages and Stages Questionn*aires" com cuidadores de crianças institucionalizadas. O trabalho analisou a aplicação de um instrumento de avaliação do desenvolvimento em uma instituição de acolhimento para crianças. Identificou-se possíveis impactos do processo de institucionalização ao desenvolvimento infantil e fez apontamentos sobre o papel dos(as) cuidadores(as) nesse contexto. As perguntas se direcionaram às motivações da pesquisa e seus desafios, da escolha do instrumento e acerca dos possíveis desdobramentos da pesquisa dez anos após sua realização.

A entrevista ocorreu no encontro seguinte, em 12 de junho. O entrevistado, Edson Cruz, representou os autores. Iniciou tratando a respeito da caracterização das crianças em acolhimento e apontou como desafio a viabilidade da pesquisa com o funcionamento do espaço, além disso, referiu-se ao aspecto afetivo das crianças, o que também mobilizou aos pesquisadores no processo. Acerca dos desdobramentos, o entrevistado alega que não conseguiram acompanhar as crianças participantes, pois, algum tempo depois, o serviço foi descontinuado. Com relação à aplicabilidade do instrumento, foi reiterado a vigência deste, contudo precisa de uma utilização no que se refere aos nossos aspectos regionais. Ademais, salienta que no processo avaliativo do desenvolvimento infantil existem outros instrumentos que podem subsidiar melhor a avaliação.

Outro aspecto retratado foi a respeito dos desafios dos cuidadores neste processo de atenção ao desenvolvimento infantil. Segundo o entrevistado, a rotatividade das crianças costuma ser grande, fazendo com que alguns cuidadores evitem uma aproximação afetiva. Salientou ainda que vários dos cuidadores são concursados, possuem ensino superior, mas acabam assumindo funções de cuidadores sem preparo prévio, sem falar das condições de trabalho que costumam ser precárias. Ao final da entrevista, pontuou que ainda há muitas lacunas no que tange aos instrumentos de avaliação, uma vez que mesmo os instrumentos que são adaptados para o público brasileiro, costumam considerar apenas o Sul e Sudeste do Brasil, excluindo as especificidades do Norte e Nordeste.

A disciplina foi finalizada a partir da entrega de relatório e da discussão acerca das experiências vivenciadas e construção de saberes.

DISCUSSÃO.

A proposta pedagógica da disciplina, ao utilizar a linguagem radiofônica como meio de difusão científica na Amazônia, reposiciona o papel da universidade como agente de escuta, diálogo e democratização do conhecimento. O uso da rádio web da UFPA e o formato de entrevistas com pesquisadores(as) da região representaram não apenas uma estratégia didática, mas uma forma de resistência epistemológica e comunicacional. Tal aspecto articula-se com o entendimento de Walter Benjamin a respeito da rádio como dispositivo emancipatório, uma vez que visa se aproximar da vida cotidiana dos ouvintes, dessa maneira produzindo capacidade de transformação e não somente de transmissão de informação (Golin; Cruz, 2024).

Assim sendo, pode-se aproximar as pesquisas em psicologia que estão sendo produzidas na Amazônia tanto dos(as) universitários(as) como de outros cidadãos amazônicos que acessam a rádio web, e a plataforma *Spotify*. Dessa forma, estes sujeitos podem se ver como protagonistas do cenário em questão, o que possibilita a abertura para mais pesquisas e auxilia a população na mitigação de problemas do cotidiano. Sejam homens que até o momento não haviam se preocupado com a saúde e de repente descobrem uma política específica para eles, ou mesmo as mulheres do maretório que ouvem a importância de suas articulações no movimento social para instigar políticas públicas de saúde.

O que se vivenciou ao longo da disciplina converge com o ideal benjaminiano de rádio como ferramenta de intervenção cultural, abrindo espaço para vozes subalternizadas e saberes amazônicos historicamente invisibilizados. A rádio, neste contexto, torna-se uma tecnologia política, um meio de interlocução entre o saber acadêmico e as experiências locais (Golin; Cruz, 2024).

Essa perspectiva se alinha à concepção de "rádios de resistência" descrita por Abreu e Carvalho (2017), nas quais elementos verbais e não verbais são utilizados para contestar hegemonias e mobilizar afetos e consciências. A proposta de uma rádio universitária na Amazônia pode ser compreendida como um dispositivo contra-hegemônico, articulando práticas de escuta ativa, narrativa oral e interseccionalidade territorial. Até mesmo para estudantes de psicologia, pode ser difícil encontrar em suas grades curriculares produções locais, autores(as) da Amazônia, ou outras teorias focadas nos territórios/maretórios. Pelo contrário, o que se vê é a importação de teorias eurocentradas que dificilmente dialogam com a realidade local, reiterando o que Aniball Quijano (2009) postulou como colonialidade do saber, o que também é visível na entrevista com o prof. Edson Cruz, especialmente quando se trata dos instrumentos de avaliação.

Do ponto de vista técnico e simbólico, a utilização de podcasts também ampliou o alcance das produções da disciplina. Ao optarem por produções autônomas, enraizadas nos saberes amazônicos e nas experiências dos próprios sujeitos envolvidos, os episódios da disciplina "Égua da Pesquisa" reafirmam o potencial emancipador desta mídia e seu o caráter disruptivo e democratizador vinculados aos podcasts (Cardoso; Villaça, 2022). Além disso, a experiência dialoga com as proposições de Pessoa, Prata e Avelar (2017), ao descreverem a rádio em ambientes digitais como espaço de experimentação de modelos alternativos de produção e circulação de conteúdo.

Particularmente na Amazônia, a rádio tem importância histórica como meio de comunicação de massa acessível e potente. O mapeamento das rádios comunitárias na região, realizado por Steinbrenner (2017), confirma seu papel como ferramenta de desenvolvimento sustentável e cidadania, contribuindo para disputas discursivas sobre o futuro da região. O relato da disciplina evidencia esse potencial: ao levar à rádio temas como masculinidades amazônicas, saúde ribeirinha, acolhimento

infantil e literatura de resistência, permite-se que a escuta se torne também um ato político!

Nesse sentido, é necessário compreender a rádio não apenas como meio, mas como território simbólico de disputa. Como observa Fonseca (2011), a mídia não é neutra: ela é campo de poder, onde interesses hegemônicos disputam com expressões contra-hegemônicas a definição da esfera pública. Ao se apropriar desse espaço para falar da e na Amazônia, a disciplina subverte a lógica dominante e reinscreve os corpos, saberes e lutas amazônidas no centro do debate acadêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A experiência vivenciada ao longo da disciplina "Seminário de Difusão de Pesquisas Atuais em Psicologia na Amazônia" foi marcada por encontros, escutas e atravessamentos. Mais do que cumprir uma proposta curricular, a disciplina se constituiu como um espaço de criação coletiva, horizontal e na perspectiva de um fazer decolonial. Promovendo a transversalidade de saberes, que coaduna para formação do pensamento crítico e emancipação dos sujeitos.

A escolha pela linguagem radiofônica possibilitou o rompimento com estruturas hierárquicas do saber e permitiu que a palavra circulasse de modo horizontal, atravessando territórios físicos e simbólicos. Ao abrir espaço para o diálogo entre pesquisadores(as) e estudantes, entre universidade e comunidade, foi possível construir sentidos mais implicados e sensíveis para a produção e difusão do conhecimento.

Ao final do percurso, fica evidente que saberes amazônicos não são apenas temas de pesquisa, são também modos de existir, resistir e comunicar. A rádio, enquanto território de fala e escuta, mostrou-se uma potente aliada na valorização dessas epistemologias, convidando-nos a repensar o papel da universidade no fortalecimento das lutas locais e na produção de ciência comprometida com a transformação social.

Para concluir este relato, vale destacar que trabalhar na construção de *Podcast* possibilitou aos discentes da pós-graduação, além da participação ativa nas aulas, uma mobilização para saírem dos possíveis lugares de alunos/pesquisadores passivos, repetidores e reprodutores de conteúdos. Portanto, fomos instigados como sujeitos responsáveis e autônomos a partir dos papéis que ocupamos dentro do projeto de comunicação

e difusão científica, tornando o ensino-aprendizagem menos abstrato, mais significativo, crítico e dinâmico.

REFERÊNCIAS

ABREU, João B. de; CARVALHO, Marcus A. de. Rádios de resistência: o verbal e o não-verbal na contra-hegemonia. **Logos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 51-66, 2017.

CARDOSO, Marcelo; VILLAÇA, Lenize. Podcast no Brasil: disrupção de modelos de comunicação ou submissão à lógica de grupos hegemônicos de poder? **Revista Alterjor**, v. 12, n. 25, 2022.

FONSECA, Francisco. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. **Revista Brasileira de Ciência Política,** Brasília, n. 6, p. 41-69, jul./dez. 2011.

KISCHINHEVSKY, Marcelo. **Rádio e mídias sociais – Mediações e interações radiofônicas em plataformas digitais de comunicação**. Rio de Janeiro: Ed.Mauad X, 2016.

GOLIN, Cida; CRUZ, Claudio. O rádio emancipatório de Walter Benjamin. **Radiofonias – Revista de Estudos em Mídia Sonora**, Mariana-MG, v. 15, n. 1, p. 144-169, jan./abr. 2024.

PESSOA, Sônia C.; PRATA, Nair; AVELAR, Kamilla. Rádio em ambientes digitais: experiências de segmentação em aplicativos para dispositivos móveis. **Logos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 160-173, 2017.

SILVA, S. P.; SANTOS, R. S. O que faz sucesso em podcast? Uma análise comparativa entre podcasts no Brasil e nos Estados Unidos em 2019. Radiofonias – **Revista de Estudos em Mídia Sonora**, Mariana, v. 11, n. 01, p. 49-77, jan./abr. 2020. Disponível em: < https://periodicos.ufop.br/radiofonias/article/view/4317 >.

STEINBRENNER, Rosane A. Mapeamento de rádios comunitárias na Amazônia como ferramenta ao desenvolvimento sustentável. **Logos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 78-89, 2017.

VICENTE, Eduardo. Do rádio ao podcast: as novas práticas de produção e consumo de áudio. In: SOARES, R. de L.; SILVA, G. (orgs.) **Emergências periféricas em práticas midiáticas**. (pp.88-107). São Paulo: Escola de Comunicações e Artes-Universidade de São Paulo, 2018.

VISONE, Rodrigo Moura. **Roberto Landell de Moura, o precursor do rádio.** Rio de Janeiro: Tamanduá Arte 2018.

Da sociedade moderna disciplinar à sociedade pós-moderna do desempenho: análise do discurso do estresse

João Paulo Nogueira da Silva
Nayane de Sousa Lima
Maria Eduarda Lima Lisboa
Flávia Cristina Silveira Lemos

INTRODUÇÃO.

Todo conceito, em qualquer campo de estudo, possui um processo de construção e afirmação do saber que se constitui a partir de determinado contexto sócio-histórico. A Análise do Discurso, ao recortar a realidade a partir de um conceito, permite compreender o processo de historicidade constitutiva. A história de um conceito reside em seus diversos campos de constituição e de validade, em suas regras sucessivas de uso e nos meios teóricos em que se realizou e concluiu sua elaboração, em detrimento de seu refinamento progressivo, de sua racionalidade continuamente crescente e de seu nível de abstração (Foucault, 1969/2008).

A Análise do Discurso surge com o objetivo de buscar fatores extralinguísticos do discurso que auxiliam na compreensão de sua constituição, tais como a opacidade significativa, o texto, a prática discursiva e o assujeitamento ideológico. Todos esses elementos reforçam a ideia de que o conceito não se reduz à semântica, à sintaxe e à gramática; alcança, portanto, o nível do discurso. A opacidade significativa é a possibilidade de o sentido do texto se deslocar ou se ressignificar conforme a época socioideológica que se perpetua no momento de sua prática discursiva (Pêcheux, 1983/2008). O conjunto base da opacidade significativa é composto pelo sujeito, pela língua e pela história/discurso, imersos na ideologia[1] específica que lhes imprime sentido.

[1] É entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso; trata-se do processo de constituição do imaginário no inconsciente, ou seja, do sistema de ideias que constitui a representação (Caregnato; Mutti, 2006).

O conceito de discurso é o efeito de sentido que se estabelece entre seus interlocutores (Bakhtin, 1979/1997). Ao articular essa definição à perspectiva da arqueologia e da genealogia de Foucault (1979/2001), torna-se possível identificar, minimamente, os sujeitos que se comunicaram para estabelecer um saber-poder sobre determinado conceito, seja ele científico, religioso ou de senso comum, como o de estresse. Na arqueologia, o discurso é compreendido pelo molde de sua regularidade, o que permite que determinado conhecimento se apresente como verdadeiro em um período específico, sendo formado por uma prática discursiva própria, passível de influência pelo conhecimento que ela gera (Foucault, 1979/2001). Já a genealogia torna possível captar a dimensão política do discurso, ao revelar e ao gerar poder (Foucault, 1979/2001).

A partir desse entrelaçamento, o texto está sempre remetido à manifestação da língua por meio de sua sintaxe, semântica e gramática, enquanto o discurso é definido pelas redes articuladas de princípios, valores e significados constitutivos dos textos, pois o sentido não está na palavra em si, mas em sua exterioridade e historicidade (Pêcheux, 1983/2008). Assim, é na execução do discurso que se estabelecem as relações de poder que definirão qual tipo de saber/conceito deve ser desqualificado por ausência de cientificidade. Na perspectiva foucaultiana, a "verdade" não está localizada em algo em si, mas sim construída na relação de poder a partir de jogos de poder (político, médico, econômico) que condicionam as práticas discursivas.

A Análise do Discurso, ao se utilizar da linguística de Saussure (1916/2006), do marxismo de Althusser (1965/2015; 1970/1980; Bolognesi, 2013) e da psicanálise (Pêcheux, 1983/2008), evidencia a condição de produção do discurso por meio de formações imaginárias, ideológicas e discursivas. A formação imaginária define o posicionamento de poder que o sujeito ocupa no contexto sócio-histórico, ao passo que a formação ideológica atua no inconsciente ditando o que pode ou não ser dito (Orlandi, 2005). A formação discursiva, por sua vez, articula língua e discurso, englobando a interdiscursividade (a relação com o que já foi dito) e a intradiscursividade (o fio condutor do momento atual) (Foucault, 1969/2008; Orlandi, 2005). Essas relações se operacionalizam pelo esquecimento ideológico e enunciativo: o sujeito escolhe proferir algo e omite outras informações com base em suas ideologias, o que possibilita

o deslocamento de sentidos (polissemia) e o assujeitamento ideológico à linguagem (Orlandi, 2005).

Ao se utilizar todos esses instrumentos da Análise do Discurso e aplicá-los à investigação do conceito de estresse, constrói-se a tese de que o discurso sobre o estresse na pós-modernidade serve à naturalização de estressores que adoecem as pessoas, para justificar a precarização do trabalho, o culto à performance e a captura do tempo de vida para a produção e o consumo. À medida que se difunde a ideia de que o processo de estresse é comum, o sistema liberal toma para si essa dinâmica e a subsidia nos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE) (Althusser, 1970/1980), que positivam leis trabalhistas que exploram ao máximo a força produtiva, sob a justificativa de que o humano dispõe de estratégias de *coping* (enfrentamento) para suportá-la.

Isso se agrava ao se inserir o conceito de condição pós-moderna de Lyotard (1979/2009). O saber sobre o estresse postula que não se deve parar de performar, otimizando os processos de *coping*, fenômeno aqui definido como o culto à performance. O tempo do viver é capturado, estabelecendo-se a necessidade de produzir algo útil, sendo o consumo um dos principais mecanismos de enfrentamento diante da precariedade laboral. Não consumir é um indicador de frustração na sociedade do consumo, desencadeando o mal-estar na pós-modernidade (Bauman, 1997/1998).

Para compreender essa transição, é essencial o percurso genealógico do estresse. A palavra *stress* originou o termo estresse ("conjunto de reações do organismo a agressões") (Ferreira, 2009), que provém do latim *stringere* ("espremer") (Sutherland; Cooper, 2006). Historicamente, o conceito passou pelas perspectivas baseadas na resposta, no estímulo e na cognição (Faro; Pereira, 2013).

A perspectiva da resposta tem em Selye (1956/1965) seu marco, ao definir a Síndrome de Adaptação Geral (SAG) por meio das fases de alarme, resistência e exaustão. Há, claramente, a opção de Selye (1965/1956) de atribuir a causa do estresse ao indivíduo, visto como o sujeito cuja capacidade adaptativa é superada, o que opera o esquecimento enunciativo ao ignorar os estressores externos crônicos e ambientais.

Buscando superar essas limitações, surgiu a perspectiva baseada em estímulos, que analisa eventos externos. Observa-se a formação

imaginária operando um deslocamento: o ambiente e a intensidade de seus estímulos passam a ser vistos como o sujeito causador. Holmes e Rahe (1967) desenvolveram as medidas dos Eventos Vitais Estressores (EVE) e a Escala de Reajustamento Social, evidenciando o poder deletério de eventos como o casamento ou a descoberta de doenças graves. Contudo, a principal crítica a essa teoria é que, ao focar em macroestressores, desprezaram-se os microestressores (aborrecimento cotidiano) que apresentam maior correlação com os estados de adoecimento mais comuns (Lazarus; Folkman, 1984; Lazarus, 1993; McEwen, 2008; Segerstrom; Smith, 2019).

A percepção do mundo e a significação subjetiva tornam-se centrais na terceira fase, consolidando a perspectiva cognitiva, baseada na avaliação cognitiva do sujeito (Lazarus, 2006; Cooper; Dewe, 2007). Postula-se que o estresse é um fenômeno interativo entre estímulo, organismo e resposta (Folkman, 1984), e só se desencadeia quando os estressores demandam mais do que a capacidade adaptativa do indivíduo (Lazarus, 1993). A realidade psicossocial e os recursos psicológicos (*coping*) passam a compor o saber dominante sobre o estresse (Lazarus; Folkman, 1984; Bolger; Amarel, 2007; Jones et al., 2007).

Discutir o estresse não é apenas focar no fenômeno biopsicossocial, mas compreendê-lo como um constructo discursivo ligado à lógica socioeconômica, cujos problemas ocupacionais são intensificados pela precarização laboral (Ribeiro et al., 2024; Brito, 2023; Gomes, 2023; Gonçalves, 2014). O estresse solidifica-se como indicador de falha do indivíduo em se adaptar a um modelo que exige aperfeiçoamento contínuo (Sennett, 2006).

DA INTERNALIZAÇÃO DO ESTRESSE PARA A SOCIEDADE DA PERFORMANCE.

Essa perspectiva cognitiva, postulada por Lazarus, ao focar intensamente nas diferenças individuais e na capacidade do sujeito de gerenciar e significar o estresse, serve como ponte discursiva perfeita para a compreensão das dinâmicas laborais contemporâneas. Ao internalizar o estresse e tratá-lo como uma responsabilidade primária de percepção e adaptação do indivíduo, pavimenta-se o caminho sociológico para a transição de um modelo de controle institucional externo (a disciplina) para

um modelo produtivo precarizado, em que o trabalhador assume integralmente o fardo da própria otimização contínua na chamada sociedade do desempenho.

DA SOCIEDADE MODERNA DA DISCIPLINA À SOCIEDADE PÓS-MODERNA DO DESEMPENHO.

Ao término do século XX e no início do século XXI, superada a disputa político-ideológica entre capitalismo e socialismo, difundiu-se o imaginário de que a fragmentação das grandes instituições corporativas subsidiaria relações pessoais diretas, baseadas na confiança e na solidariedade. Esperava-se que as pessoas se tornassem mais sensíveis às necessidades umas das outras. Contudo, esses pressupostos não se concretizaram (Sennett, 2006).

A fragmentação, na verdade, desestruturou a vida dos trabalhadores e de seus núcleos familiares, tornando-a confusa diante das demandas laborais. A migração, símbolo da era global, prioriza o "seguir em frente" em detrimento do "estabelecer-se". Embora o senso de comunidade não tenha aumentado, o nível de riqueza cresceu tanto no Norte global quanto na Ásia e na América Latina, fenômeno associado à desconstrução de burocracias rígidas.

Esse crescimento, porém, gerou significativas desigualdades econômicas e instabilidade social (Sennett, 2006). Ao analisar o efeito dessa expansão na cultura, emerge uma pergunta fundamental: quais valores e práticas podem manter as pessoas unidas quando as instituições se fragmentam? A resposta reside na capacidade do ser humano de prosperar em condições sociais instáveis e fragmentárias (Sennett, 2006). Este indivíduo ideal deve enfrentar três desafios: tempo, talento e desapego.

O primeiro desafio, o tempo, refere-se à primazia do curto prazo no cuidado das relações e de si. Vivemos em constante migração entre tarefas, empregos e lugares. Desenvolveu-se a fantasia, em termos freudianos, de que o movimento constante está associado à produtividade, base de sobrevivência num mundo em que o valor da pessoa é medido pelo nível de produtividade associado ao seu capital humano. Sem estabilidade institucional de longo prazo, o indivíduo é obrigado a construir a narrativa da própria vida de forma improvisada e a enfrentar a possível ausência do sentimento de continuidade identitária (Sennett, 2006).

Essa identidade pessoal é forçosamente fundida no "espírito das organizações", dominado pelo curto prazo. O planejamento estratégico de cinco ou dez anos tornou-se obsoleto, pois "as coisas mudam a todo momento". O ser humano é diretamente impactado: a historicidade, elemento fundante do ser, é erodida. O tempo de contemplação, que antes oferecia respiro, desaparece e afeta os processos de subjetivação. As organizações veem as pessoas como máquinas em pleno funcionamento, mas, vistas de perto, são "calhambeques" que levam tempo para se adaptar às mudanças – tempo que não lhes é concedido.

A primazia do curto prazo introduz o segundo elemento de Sennett (2006): o talento. Este é compreendido como a necessidade de desenvolver novas capacidades à medida que as exigências da realidade mudam. A longevidade das qualificações profissionais diminui; exclui-se o princípio de "aprender a fazer bem apenas uma coisa", por ser economicamente inviável e por estigmatizar o sujeito como improdutivo. O talento torna-se pilar da cultura meritocrática, que cresce em detrimento do coletivo. Competências antigas, mesmo que tenham gerado grandes benefícios sociais, devem ser descartadas se deixarem de ser úteis ao mercado.

Quando o sujeito acredita estar pronto para performar em alto nível, é repetidamente soterrado pelas novas exigências do mercado neoliberal. Torna-se constante o sentimento de estar atrasado, pois o conhecimento adquirido rapidamente se torna obsoleto; exige-se aprendizado contínuo a uma velocidade imposta. Inicia-se, então, o autoquestionamento sobre a própria validade e utilidade laborais; instaura-se a sensação de insegurança que pode desencadear sofrimento psíquico.

Como mecanismo de defesa contra esse sofrimento, destaca-se o terceiro desafio: a presentificação (Sennett, 2006). Esse conceito é melhor compreendido como desapego. No neoliberalismo, não se deve ter apego duradouro a qualidades profissionais ou pessoais, nem a bens, pois o que antes garantia produtividade e visibilidade rapidamente perde o valor. Quanto mais rápido o indivíduo se desapega desses elementos e busca novos, melhor é percebido na dinâmica de produção liberal.

Esta é a normatividade da constante necessidade de "inovar o novo". Exige-se a renúncia a elementos fundantes, como a própria historicidade do sujeito. O cenário agrava-se com diretrizes de mercado que buscam organizações enxutas, prazos mais curtos e a manutenção da produtividade. Resta ao trabalhador inserir-se nesse modo de produção e

consolidar o paradigma da pós-modernidade: a transição da sociedade moderna, da disciplina, para a sociedade pós-moderna, do desempenho (Han, 2024).

Os conceitos de disciplina, vigilância e punição de Foucault (1979/2001) descrevem minuciosamente o funcionamento dos modos de produção, consumo e vida no século XX, o período da modernidade. Contudo, elementos distintos foram forjados no século XXI para explicar as relações de poder e os processos de subjetivação na pós-modernidade. Antes, vigorava o primado da disciplina: o ponto eletrônico, os gerentes a monitorar o trabalho fabril, as hierarquias rígidas e os modelos educacionais panópticos. Tudo se pautava pelo relógio cronológico. A ênfase do modelo foucaultiano está em organizações e entidades *externas* ao sujeito que moldam os corpos individualmente, visando maior efetividade.

Naquele modelo, havia uma divisão clara: ao sair do espaço laboral e retornar à vida privada, o sujeito não mais se submetia ao processo de docilização fabril e podia, de certo modo, ser livre, sem culpa, por algumas horas. Esse cenário perde força na transição para o século XXI. Os limites entre trabalho e vida privada se dissolvem; eliminam-se o ponto eletrônico e a vigilância constante, pois passamos a levar o trabalho para casa, seja via *home office* ou teletrabalho (Han, 2024). Não se necessita mais do agente externo de vigilância, pois nós mesmos nos tornamos o próprio panóptico para otimizar a produção.

O neoliberalismo fortaleceu o discurso da autogerência ao subsidiar o imaginário de que os contratos de trabalho são frágeis e voláteis, logo, o indivíduo deve ver-se não mais como empregado, mas como "empresário de si". Aí se consolida a sociedade do desempenho, simbolizada pela substituição do "Tu deves" (disciplina externa) pelo "Eu posso" (o autopanóptico) (Han, 2024). Surge a síndrome do "basta eu me esforçar que eu chego lá", e o mérito retoma sua primazia. O efeito psíquico dessa dinâmica é a confusão entre liberdade e coação: o tempo livre, antes destinado ao não-trabalho (liberdade), agora deve ser "útil" ao aprimoramento da performance (coação de utilidade).

Se antes o relógio era a tecnologia de controle, na sociedade do desempenho são as métricas. Até o sono possui mecanismos para "performar melhor" ao dormir, visando maior produtividade ao acordar. O simples ato de beber água é facilitado por *smartwatches* e garrafas que indicam os horários adequados. São os aspectos do consumo que reforçam o

discurso do desempenho. A cultura reforça essa dinâmica: optar pela contemplação no tempo livre, em vez de "trabalhar em si", é visto como uma decisão deficitária, não nobre, de um sujeito "não útil".

Na busca constante por sermos vistos como úteis e como exemplos de desempenho, abandonamos a perspectiva contemplativa, pois até o ócio deve ser produtivo. A consequência psíquica é a desconexão com os outros e com a própria vida; perde-se "o aroma do tempo" (Han, 2024). Quem está focado em produzir o tempo todo não se conecta consigo nem com o seu entorno. A natureza, os familiares e as emoções são filtrados pela utilidade; se não parecem úteis, não recebem tempo. A conexão exige contemplação, investimento de tempo no objeto, algo que a vida ativa, filtrada pela utilidade neoliberal, rejeita. Essa lógica é mais potente do que a da sociedade disciplinar, pois aqui é o próprio sujeito que se explora até a exaustão.

O ideal de desempenho é nunca parar, mesmo que se chegue à exaustão. O excesso de desempenho leva ao "infarto da alma", que extingue a conexão com o outro (Han, 2024). Mbembe (2022) diagnostica esse sistema neoliberal – que Lyotard (1979/2009) e Bauman (1997/1998) chamariam de pós-modernidade – como um "momento de crise". Esse sistema econômico passa a controlar o modo como os afetos se desenvolvem, especialmente após o Consenso de Washington (Batista, 1994), que consolidou princípios como a desregulamentação das relações de trabalho, a produção acelerada e a rapidez na acumulação (Mbembe, 2022).

No neoliberalismo, todas as dimensões da vida estão marcadas pelo capital, a "medula espinhal" do sistema (Noguera, 2020). Mercadoria e força de trabalho não se organizam mais pelo binômio valor de troca/valor de uso, mas quase exclusivamente pelo valor de uso. Abandonamos a conexão com os processos de constituição do que consumimos para nos fixarmos na cadeia de valor que o uso desses elementos pode gerar, visando ao aumento da performance de vida. Essa dinâmica remete ao que Marx (1982/2008) conceitua como alienação, mas que, no neoliberalismo, pode ser melhor compreendida como fetiche.

O fetiche, elemento que remete à substituição do objeto do desejo, torna-se o modulador dos processos de subjetividade neoliberal (Noguera, 2020). Ao comprar determinados bens de consumo, o sujeito não busca apenas o objeto, mas também a autoafirmação na figura idealizada do "ser humano que performa ao máximo". O valor de uso do bem torna-

se um mecanismo de alocação do comprador a determinado estrato social. É nesse sentido que o fetiche neoliberal modula os afetos: o consumo preenche, simbolicamente, a necessidade de ser visto, percebido e amado, à medida que o desempenho e a produtividade (que permitem o consumo) são socialmente admirados.

Quando tudo se transforma em fonte de capitalização, "o capital se tornou mundo", a alucinação planetária que gera sujeitos "calculistas, fictícios e delirantes" (Mbembe, 2022). O capital transformou-se em nossa infraestrutura comum, em nosso sistema nervoso. Na dinâmica do fetiche, observamos menos o que nos é apresentado e mais o que desejamos ver. Os outros se oferecem em presença física, mas permanecem em "ausência espectral", pois já não conseguimos nos conectar com aquilo que não nos ajude a performar melhor (Mbembe, 2022).

Esse sistema de culto à performance se reproduz ao aprimorar a obsolescência programada (Román Fuentes, 2021). O conceito, antes restrito às mercadorias, agora se aplica ao próprio sujeito por meio da autoobjetificação. Sentimos que estamos constantemente obsoletos, que precisamos "evoluir" ou "melhorar" para nos sentirmos parte de algo. Gera-se, assim, o mercado dos afetos, especialmente no trabalho.

Em contraposição ao *self-love* de Smith (1759/2015), que equilibrava o amor por si e pelo coletivo, Mandeville (2017) já salientava, na arquitetura da moral liberal, o primado dos "vícios privados" (como a competição) que geram "benefícios públicos". Na lógica neoliberal, a individualidade produtiva é valorizada, enquanto o excesso de virtudes não competitivas, como a humildade, leva à estagnação e à obsolescência de si. Não é mais necessário importar-se com o outro, a menos que isso proporcione vantagens. Sobressai-se a impressão de liberdade, mas é a liberdade de competir, sem a obrigação de se conectar – pois a conexão exige tempo de contemplação, e isso, na dinâmica neoliberal, "não é desejável".

São essas características que marcam a transição da sociedade da disciplina para a sociedade do desempenho. O neoliberalismo sustenta que essa dinâmica oferece mais liberdade – a "liberdade fluida" da modernidade líquida (Bauman, 1997/1998). Contudo, Sennett (2006) alerta: embora os padrões de consumo e produção tenham mudado em relação à sociedade foucaultiana, essas mudanças não as libertaram da opressão. Apenas construíram um "capitalismo afetivo" focado na produtividade

de si e na competição generalizada, em que já não há divisões claras entre o trabalho e a vida doméstica.

Nesse cenário, a comunicação emerge como tecnologia de gestão da realidade e exige que mostremos o que temos de melhor para performar. Illouz (2011) destaca que a ideia terapêutica de "comunicação" passou a se referir aos atributos afetivos e linguísticos do "bom autogerenciamento". Esse saber, ao ser aplicado em diversos contextos sociais, parece servir a um objetivo primordial: o culto à performance, à produção e ao consumo.

A vida na sociedade pós-moderna, em síntese, está organizada pelas exigências de autonomia e performance, num contexto de aumento da demanda por psicofarmacologia para superar os limites biopsicossociais do sujeito. Um dos indicadores centrais desse fenômeno é o estresse (Cunha, 2021). Este indicador é ambivalente: ao mesmo tempo em que pode promover bem-estar subjetivo, seu excesso ou sua banalização pode tornar opacas as fronteiras entre o normal e o patológico. A atuação do estresse dependerá de como o sujeito, a linguagem, a história e o discurso estão imersos na ideologia que os constitui, o que será trabalhado ao longo desta pesquisa.

Diante dessa epidemia de exaustão e do referido "infarto da alma", em que o sujeito é levado ao limite de suas capacidades biopsicossociais na incessante busca por performance, utilidade e adequação na "modernidade líquida" (Bauman, 1997/1998), surge um dilema: como as instituições lidam com o adoecimento crônico? A resposta para a manutenção desse sistema revela-se ao analisarmos, comparativamente, as narrativas sobre o estresse produzidas pela Literatura Corporativa (*Grey Literature)* e pela Literatura Científica. Ambas atuam, apesar de suas diferenças de superfície, como poderosos aparatos discursivos de governamentalidade na captura e na gestão desse sofrimento pós-moderno.

ANÁLISE DA CONVERGÊNCIA E DIVERGÊNCIA DA *GREY LITERATURE*[2] (LITERATURA CORPORATIVA) E DA LITERATURA CIENTÍFICA.

A divergência central entre a GL e a LC reside na materialidade e no foco discursivo. A GL estrutura-se em "dicas" de gestão do estresse, enquadrando a crise como uma falha individual, não sistêmica. Ela instrumentaliza o estresse, dividindo-o em "desafio" (bom) e "obstáculo" (ruim) (Uota, 2025; Nersessian, 2025) e exige que o sofrimento seja visto internamente como uma oportunidade. Seu discurso utiliza narrativas de CEOs e atletas, estabelece o ideal de performance inatingível e reforça o assujeitamento ao autocontrole e à resiliência (Exame, 2025c; Época Negócios, 2024a; Pio, 2025).

Já a materialidade da LC é ancorada na quantificação, na objetivação e na lógica da previsibilidade tecnológica. O estresse é redefinido como um risco a ser gerenciado com base em dados multimodais, como fala, EEG e biomarcadores (Tseng *et al*., 2024). Busca a Vigilância Preditiva e trata o estresse como um problema de engenharia, convertendo o sofrimento em um vetor de características (MFCCs) (Yerigeri; Ragha, 2020; Chen *et al*., 2023). Utiliza o referencial biológico (eixo HPA) (Langer *et al*., 2022) para conferir materialidade científica ao sofrimento antes subjetivo, tornando-o um fato inegável.

Essa diferença de materialidade orienta as soluções. A GL foca em soluções comportamentais e cognitivas prescritivas, enquanto a LC se concentra em intervenções técnicas e biomédicas, incluindo algoritmos, fármacos e treinamento de reserva cognitiva. O rigor metodológico da LC (RCTs, EEG) busca legitimar a intervenção com base no custo-útil e no retorno econômico (*Return-To-Work – RTW*) (Waldmann *et al*., 2023; Smith *et al*., 2025). Essa métrica de RTW está ausente ou é secundária na GL, que prioriza termos mais genéricos, como "retenção de talentos" e "sustentabilidade".

[2] A GL é representada por produções de todos os níveis do governo, de institutos, empresas e da indústria, mas não é controlada por editores científicos nem por revisão por pares; por isso, é tida como uma revista de opinião, que tende a ser mais acessível e a focar em exemplos práticos sobre as narrativas de estresse dirigidas à população em geral.

RELAÇÃO ENTRE A PRECARIEDADE DO TRABALHO E A PERFORMANCE.

Ambas as literaturas reconhecem a precariedade, mas divergem quanto à abordagem ideológica. A GL reconhece o custo social (endividamento, psicofármacos), mas opera um esquecimento ideológico ao exigir da pessoa a adaptação constante ao sistema. Seu discurso incorpora conceitos científicos (como *mindfulness* e neurociência) para reforçar a responsabilidade individual na gestão do sofrimento. Embora o sofrimento possa ser renomeado (*Quiet Cracking, Boreout*) (Klaiman, 2025; Santiago, 2025), o que expõe a falha sistêmica, a solução proposta é sempre a paráfrase contínua desse sofrimento como competência pessoal.

A LC, por sua vez, identifica riscos organizacionais psicossociais (ROP's), como ambiguidade de papel, violência no trabalho e carga horária excessiva. No entanto, a formação discursiva dominante enquadra o estresse como um custo econômico (HRPL) (Ko *et al*., 2024). Ela exalta a resiliência como virtude indispensável para manter o desempenho e promove a ideia de que a solução consiste na otimização do sujeito para tolerar a pressão.

Embora a LC possa identificar o estresse como fator de risco para o consumo compensatório, a intervenção é direcionada ao comportamento individual, e não à redução das condições de trabalho que geram a exaustão. Assim, enquanto a GL tende a ocultar a exploração sob o discurso da auto-otimização, a LC, embora reconheça a sobrecarga, transforma o sofrimento resultante em um dado técnico (HRPL), mantendo o sistema organizacional intacto e focando na reparação individual.

CAPTURA DO TEMPO DE VIDA PARA PRODUÇÃO E CONSUMO.

A patologia do estresse, em ambas as literaturas, tem como mecanismo central a captura do tempo de vida. O discurso hegemônico na GL evidencia essa captura ao transformar a gestão emocional e o bem-estar em imperativo de performance. O ócio e a pausa não são vistos como descanso genuíno, mas como "estratégias" para "restaurar a atenção" e aumentar a produtividade. A hiperconectividade (Thomas, 2025; Klaiman, 2025) erradica o limite entre a vida pessoal e o trabalho, o que resulta no

assujeitamento do indivíduo, levando-o a monitorar sua saúde (*smart rings*) para otimizar a produtividade.

A LC legitima essa captura contínua por meio do monitoramento de dados fisiológicos e comportamentais (*wearables, smartphones,* EEG). O estresse no trabalho leva à adesão voluntária ao monitoramento ubíquo. O lazer é traduzido como *"busyness produtivo"*, em que a ocupação constante é ideologicamente reforçada como fator protetor (reserva cognitiva).

Explora-se a farmacização dos contextos de trabalho, em que o estresse, ao ser gerenciado por meio do consumo de medicamentos e suplementos voltados ao desempenho ou à concentração, insere o sujeito no ciclo de consumo de performance para atender a exigências de trabalho extremas. A GL promove a captura por meio do "*checklist* de hábitos" para otimização, enquanto a LC promove a captura por meio de tecnologia de monitoramento e de intervenção biológica/farmacológica, e transforma a saúde mental em insumo da produção por meio da Vigilância Preditiva.

ASPECTOS CONVERGENTES DA GREY LITERATURE E DA LITERATURA CIENTÍFICA.

A análise discursiva revela a convergência ideológica fundamental: a GL e a LC operam como aparatos de poder-saber que instrumentalizam o sofrimento para garantir a continuidade da lógica de produção e consumo. A convergência central é o assujeitamento ideológico do indivíduo à cultura da performance, que transfere a responsabilidade por problemas estruturais para a esfera da autogestão e da adaptação individual.

CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE ESTRESSE.

A convergência mais significativa reside na polissemia e na instrumentalização do estresse, o que permite que o termo circule e se adapte à lógica de desempenho da pós-modernidade. Ambas as literaturas aceitam a ambivalência do estresse, que é simultaneamente visto como fator deletério e como potencializador de desempenho. A GL segmenta-o em "desafio" e "obstáculo" e exige a paráfrase do sofrimento em "oportunidade de crescimento". A LC descreve o estresse ora como deletério, ora

como promotor de função. Essa ambivalência garante que o estresse seja otimizado e não eliminado.

Para conferir autoridade ao discurso, ambas recorrem ao referencial biológico-fisiológico. A GL aciona a Neurociência e a Psicologia para legitimar suas dicas de produtividade, enquanto a LC baseia-se na tradição fisiológica (eixo HPA, cortisol) e em biomarcadores para consolidar o sofrimento como fato científico. Esse foco biológico desvia o olhar das causas sociais, concentrando-o na resposta do corpo.

Consequentemente, o estresse torna-se a métrica de valor do sujeito na economia pós-moderna. A GL o enquadra como "teste de caráter", enquanto a LC o trata como um risco técnico objetivável a ser gerido, o que transforma a saúde mental em "insumo da produção".

DISCURSO SOBRE ESTRESSE E PÓS-MODERNIDADE: O CULTO À PERFORMANCE.

A discursividade do estresse é sustentada pela formação ideológica neoliberal de desempenho e de autossuficiência. Há convergência no esquecimento ideológico que naturaliza condições de trabalho extremas, como a hiperconectividade, a pressão incessante por resultados e as jornadas longas e imprevisíveis. Ao focarem em soluções individuais de autogestão (GL) ou na tolerância biológica à pressão (LC), ambas as literaturas evitam questionar a origem estrutural do sofrimento.

O imperativo da resiliência é exaltado como a virtude indispensável ao sujeito pós-moderno. O discurso exige que o indivíduo, seja ele CEO ou residente médico, cultive a "mentalidade de crescimento" (GL) ou a capacidade de *coping* (LC) para reformular os desafios. Se o sofrimento não puder ser evitado, deve ser internalizado e otimizado para manter o desempenho.

O principal mecanismo ideológico de convergência é o assujeitamento, no qual problemas estruturais (precariedade, pressões de trabalho) são transformados em falha de gestão pessoal ou em déficit de *coping*. A LC, ao reduzir o sofrimento a biomarcadores, e a GL, ao propor autodisciplina, facilitam a intervenção individualizada, o que garante a manutenção íntegra do sistema organizacional.

RELAÇÃO COM O TRABALHO E A CAPTURA DO TEMPO DE VIDA.

As literaturas convergem ao descrever como o estresse é produzido pela captura total do tempo de vida para a produção e o consumo. A erradicação das fronteiras entre a vida pessoal e o trabalho, resultado da hiperconectividade e da exigência de disponibilidade constante, exacerba o estresse (Martins; Scherer, 2023; Lopes *et al*., 2024). A LC reconhece que o teletrabalho gerou maior estresse psicológico e borrou os limites, e a GL descreve o monitoramento biométrico da saúde por parte de executivos; isso demonstra a captura total do tempo de vida para fins de performance.

O AUTOCUIDADO É INSTRUMENTALIZADO.

Converteu-se o descanso, o ócio e o lazer em ferramentas de produtividade. Na GL, o JOMO (Thomas, 2025; Kenyon, 2025) e as pausas são "estratégias para 'restaurar a atenção' e aumentar a produtividade". Na LC, o autocuidado é "fator protetor contra a exaustão emocional", e a recuperação mental é explicitamente "tarefa a ser otimizada" para manter a funcionalidade. O *busyness* é ideologicamente reforçado como fator protetor contra o declínio cognitivo (Festini; McDonough, 2024).

Em sintonia, o estresse é considerado um sinal de alerta econômico. A GL quantifica o problema em termos de "custo, produtividade e risco financeiro", e a LC, por meio de métricas como a HRPL e o RTW, transforma o sofrimento mental em um custo a ser mitigado, visando garantir ganhos econômicos para a sociedade.

IMPACTO NA PRODUÇÃO E CONSUMO: A FARMACEUTICALIZAÇÃO DO DESEMPENHO.

Essa dinâmica discursiva afeta o consumo e a produção ao legitimar o uso de soluções que mantêm a funcionalidade do indivíduo exausto. Ambas apontam para o aumento do consumo de performance (farmaceuticalização). A LC, por meio de Ergologia, descreve a farmaceuticalização dos contextos de trabalho, em que medicamentos são utilizados para gerir o desempenho físico, intelectual e emocional. A GL corrobora

ao relatar o uso excessivo de psicofármacos entre líderes e liderados, com o objetivo de manter o sujeito produtivo e funcional.

O estresse crônico induzido pela alta demanda também leva ao consumo compensatório. A LC estabelece a ligação entre estresse agudo (TSST) e o aumento da tomada de risco, bem como a busca por alívio imediato. A GL, ao descrever o endividamento e o uso de psicofármacos, reforça a inserção do sujeito no ciclo vicioso que alternaria entre a produção exaustiva e o consumo paliativo.

A otimização tecnológica é a materialidade convergente para gerenciar a produção e o consumo de soluções. A GL promove o uso de *smart rings* e sensores para otimizar a produtividade, enquanto a LC desenvolve a Vigilância Preditiva com IA, *wearables* e aplicativos (ComVC) para monitorar e restaurar continuamente a capacidade de execução. O estresse se transforma em uma oportunidade de negócios para as indústrias de tecnologia e de bem-estar.

Em resumo, a convergência entre a GL e a LC reside em sua função como mecanismo de governamentalidade. Apesar de utilizarem materialidades distintas (dicas de gestão *versus* algoritmos e biomarcadores), ambas as formações discursivas chegam à mesma conclusão ideológica: o estresse é um problema individual que deve ser resolvido pela adaptação do sujeito, seja por força de vontade, por meio de tecnologia ou por medicalização, garantindo que a captura do tempo de vida para o consumo e a produção permaneça intacta.

Concluímos que, especificamente em relação à captura do tempo e ao culto à performance, o modo de captura do tempo está em nova organização, que Bauman (1998) chama de modernidade líquida (termo equivalente a pós-modernidade). O conceito baumaniano diz que se vive a passagem do tempo sem forma cíclica ou linear, dissipada na infinidade de momentos episódicos, fechados e curtos, frouxamente interligados em sucessão caótica.

Esse tempo de liquidez traz a percepção de infinitas oportunidades imprevisíveis e incontroláveis, que imperam em todas as dimensões da vida, principalmente no trabalho. É necessário estar em vigília sem trégua, eterna fase de alerta do estresse de Selye (1965/1956). Isso gera ansiedade e a sensação de ter perdido algo, pois, não importa o quanto se tente, nunca se está em dia com o que, aparentemente, é oferecido pela cadeia de consumo e exigido pela cadeia de produção. Bauman (1998)

afirma que se vive um tempo em que se está constantemente a correr atrás. O que ninguém sabe é: estamos a correr atrás de quê?

REFERÊNCIA

ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de Estado**. Tradução de J. J. de M. Ramos. [S. l.]: Editorial Presença, 1980. (Original publicado em 1970).

ALTHUSSER, L. **Por Marx**. Tradução de M. L. F. R. Loureiro. [S. l.]: Editora da Unicamp, 2015. (Original publicado em 1965).

BAKHTIN, M. M. **Estética da criação verbal**. Tradução de M. E. G. G. Pereira. 2. ed. [S. l.]: Martins Fontes, 1997. (Original publicado em 1979).

BATISTA, P. N. Ou o consenso de Washington. **A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**, 1994. Disponível em: < https://professor.pucgoias.edu.br/sitedocente/admin/arquivosUpload/17973/material/Consenso%20de%20Washington.pdf >.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Tradução de M. Gama e C. M. Gama. 2. ed. [S. l.]: Jorge Zahar, 1998. (Original publicado em 1997).

BOLGER, N.; AMAREL, D. Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. **Journal of personality and social psychology**, v. 92, n. 3, p. 458, 2007. Disponível em: < https://psycnet.apa.org/buy/2007-02840-006 >.

BOLOGNESI, R. **Escola e sociedade**: análise do discurso althusseriano e de suas apropriações na área educacional brasileira. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, [S. l.], 2013. Disponível em: < https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/90597 >.

BRITO, C. C. **O Estresse dos Profissionais de Saúde em Tempos de COVID-19 e a Atuação das Organizações em Termos de Saúde Ocupacional**: Estudos de Caso. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Beira Interior, Portugal, 2023. Disponível em: https://ubiblio-rum.ubi.pt/bitstream/10400.6/13677/1/9724_21631.pdf.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**,

v. 15, p. 679-684, 2006. DOI: < https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017 >.
CHEN, J. et al. Application of Speech on Stress Recognition with Neural Network in Nuclear Power Plant. **Applied Sciences**, v. 13, n. 2, p. 779, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/app13020779 .
COOPER, C. L.; DEWE, P. **Stress**: A brief history. [S. l.]: Wiley-Blackwell, 2007.
CUNHA, M. A banalidade do mal psicofarmacológico em tempos de performance. **Psicologia USP**, v. 32, e200052, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-6564e200052 .
EATON, R. J.; BRADLEY, G. The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. **International Journal of Stress Management**, v. 15, n. 1, p. 94, 2008. Disponível em: < https://psycnet.apa.org/buy/2008-01364-006 >.
ÉPOCA NEGÓCIOS. Pressão, estresse e solidão: relatório aponta recorde no número de CEOs que desistem do cargo. **Época NEGÓCIOS**, 2024. Disponível em: < https://epocanegocios.globo.com/futuro-do-trabalho/noticia/2024/05/pressao-estresse-e-solidao-relatorio-aponta-recorde-no-numero-de-ceos-que-desistem-do-cargo.ghtml >.
EXAME. Veja frase de 7 palavras que CEO usa quando está estressada no trabalho: Ajuda a pensar melhor. **Exame**, 2025. Disponível em: < https://exame.com/carreira/ceo-usa-esta-frase-simples-de-5-palavras-quando-esta-estressada-no-trabalho-a-ajuda-a-pensar-com-clareza-e-resolver-problemas/ >.
FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 78-100, 2013. Disponível em: < https://www.redalyc.org/pdf/362/36226540009.pdf >.
FERREIRA, A. B. D. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. [S. l.]: Editora Positivo, 2009.
FESTINI, S. B.; MCDONOUGH, I. M. Impact of individual differences in cognitive reserve, stress, and busyness on episodic memory: an fMRI analysis of the Alabama Brain Study On Risk for Dementia. **Cognitive, affective & behavioral neuroscience**, v. 25, n. 1, p. 63–88, 2024. DOI: < https://doi.org/10.3758/s13415-024-01246-0 >.
FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Tradução de L. F. de A. Sampaio. 3. ed. [S. l.]: Edições Loyola, 1996. (Original publicado em 1971).

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de R. Machado. 16. ed. [S. l.]: Graal, 2001. (Original publicado em 1979).
FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de L. F. B. Neves. 7. ed. [S. l.]: Forense Universitária, 2008. (Original publicado em 1969).
GOMES, J. R. P. F. **A participação dos sindicatos na regulamentação da modalidade home office no contexto pandêmico e suas implicações na saúde mental do trabalhador**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", [S. l.], 2023. Disponível em: < https://repositorio.unesp.br/items/7107544f-020d-41d7-b982-4ea29b2709a3 >.
GONÇALVES, H. M. E. **Perceções de saúde, bem-estar e a sua relação com o trabalho**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade da Beira Interior, Portugal, 2014. Disponível em: < https://ubiblio-rum.ubi.pt/handle/10400.6/5659 >.
HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. Tradução de E. P. Giachini. 12. ed. [S. l.]: Editora Vozes Limitada, 2024. (Original publicado em 2015).
HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. A Escala de Avaliação de Reajuste Social. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 11, n. 2, p. 213–218, 1967. DOI: https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4 .
ILLOUZ, I. **O amor nos tempos do capitalismo**. [S. l.]: Zahar, 2011.
JONES, H. L.; CROSS JR, W. E.; DEFOUR, D. C. Race-related stress, racial identity attitudes, and mental health among Black women. **Journal of Black Psychology**, v. 33, n. 2, p. 208-231, 2007. DOI: https://doi.org/10.1177/0095798407299517 .
KENYON, A. Seu cérebro precisa de uma pausa: natureza e ócio sem celular aliviam o estresse e aumentam a produtividade. **Época NEGÓCIOS**, 2025. Disponível em: < https://epocanegocios.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2025/08/seu-cerebro-precisa-de-uma-pausa-natureza-e-ocio-sem-celular-aliviam-o-estresse-e-aumentam-a-produtividade.ghtml >.
KLAIMAN, D. Boreout: quando o trabalho se torna apenas uma rotina sem sentido. **Época NEGÓCIOS**, 2025. Disponível em: < https://epocanegocios.globo.com/colunas/forever-beta/coluna/2025/07/boreout-quando-o-trabalho-se-torna-apenas-uma-rotina-sem-sentido.ghtml >.
KO, H. et al. The association of emotional labor and workplace violence with health-related productivity loss. **Journal of occupational**

health, v. 66, n. 1, uiae057, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/joccuh/uiae057 .
LANGER, M. et al. Vocal-Stress Diary: A Longitudinal Investigation of the Association of Everyday Work Stressors and Human Voice Features. **Psychological Science**, v. 33, n. 7, p. 1027-1039, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/09567976211068110 .
LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. [S. l.]: Springer, 1984.
LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. **Annual review of psychology**, v. 44, 1993. Disponível em: < https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245 >.
LAZARUS, R. S. **Stress and emotion**: A new synthesis. [S. l.]: Springer publishing company, 2006.
LEICHT, K. T. Broken down by race and gender? Sociological explanations of new sources of earnings inequality. **Annu. Rev. Sociol**, v. 34, n. 1, p. 237-255, 2008. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134627 .
LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. Tradução de R. C. Barbosa. 12. ed. [S. l.]: José Olympio, 2009. (Original publicado em 1979).
MACHADO, C. S. **Estresse e trabalho**: aproximações com a psicodinâmica do trabalho. 2020. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, [S. l.], 2020. Disponível em: < https://repositorio.bc.ufg.br/tedeserver/api/core/bitstreams/00de6e3c-6a7f-4f9e-b3a1-4973b64bf745/content >.
MANDEVILLE, B. de. **A Fábula das Abelhas ou Vícios Privados, Benefícios Públicos**. [S. l.]: Editora Unesp, 2017.
MARTINS, M. A. F.; SCHERER, M. D. A. Análise de situações de trabalho na fiscalização sanitária de medicamentos da agência reguladora federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2891–2902, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10242023 .
MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. [S. l.]: Biotempo Editorial, 2008. (Original publicado em 1982).
MBEMBE, A. **Necropolítica**. [S. l.]: n-1 edições, 2021.
MCEWEN, B. S. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and

stress mediators. **European journal of pharmacology**, v. 583, n. 2-3, p. 174-185, 2008.
NERSESSIAN, A. Os efeitos surpreendentes do estresse no corpo e como fazê-lo funcionar a seu favor. **Época NEGÓCIOS**, 2025. Disponível em: < https://epocanegocios.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2025/04/cdataos-efeitos-surpreendentes-do-estresse-no-corpo-e-como-faze-lo-funcionar-a-seu-favor.ghtml >.
NOGUERA, R. **Por que amamos**: o que os mitos e a filosofia têm a dizer sobre o amor. [S. l.]: HarperCollins, 2020.
ORLANDI, E. **Análise de discurso**: princípios & procedimentos. 12. ed. [S. l.]: Pontes Editores, 2005.
PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. Tradução de E. P. Orlandi. 5. ed. [S. l.]: Pontes Editores, 2008. (Original publicado em 1983).
PIO, J. Executivos usam tecnologia para monitorar saúde e melhorar desempenho. **Exame**, 2025. Disponível em: < https://exame.com/revista-exame/o-algoritmo-do-bem-estar/ >.
RIBEIRO, A. D. A.; PEREIRA, J. R.; CANEPPELE, N. R. Estresse ocupacional no setor bancário: implicações na saúde do trabalhador e na funcionalidade da organização. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 22, n. 2, e2023-0103, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1679-395120230103 .
ROMÁN FUENTES, E. P. **¿Obsolescencia programada?**: hábitat desechable como resultado de una arquitectura neoliberal. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidad de Chile, [S. l.], 2021. Disponível em: < https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181184 >.
SANTIAGO, G. O que é Quiet Cracking? Conheça o 'burnout' que afeta trabalhadores do modelo híbrido. **Exame**, 2025. Disponível em: < https://exame.com/carreira/o-que-e-quiet-cracking-conheca-o-burnout-que-afeta-trabalhadores-do-modelo-hibrido/ >.
SANTOS, A. F. **Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa**: Um modelo teórico para o estresse. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, [S. l.], 2010. Disponível em: < https://ri.ufs.br/handle/riufs/1898 >.
SAUSSURE, F. de. **Curso de Linguística Geral**. Tradução de A. Chelini, J. P. Paes e I. Blikstein. 27. ed. [S. l.]: Cultrix, 2006. (Original publicado em 1916).

SEGERSTROM, S. C.; SMITH, G. T. Personality and coping: Individual differences in responses to emotion. **Annual review of psychology**, v. 70, n. 1, p. 651-671, 2019. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102917 .
SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. Tradução de F. Branco. 2. ed. [S. l.]: Ibrasa, 1965. (Original publicado em 1956).
SENNETT, R. **A cultura do novo capitalismo**. [S. l.]: Record, 2006.
SMITH, A. **Teoria dos sentimentos morais**. Tradução de L. Luft. 2. ed. [S. l.]: WMF Martins Fontes, 2015. (Original publicado em 1759).
SMITH, O. R. F. et al. Cost–benefit of IAPT Norway and effects on work-related outcomes and health care utilization: results from a randomized controlled trial using registry-based data. **Psychological Medicine**, v. 55, e86, 2029. DOI: https://doi.org/10.1017/S003329172500025X .
SUTHERLAND, V. J.; COOPER, C. L. Stress and the changing nature of work. In: **Creating the Productive Workplace**. [S. l.]: Taylor & Francis, 2006. p.109-124.
THOITS, P. A. Undesirable life events and psychophysiological distress: A problem of operational confounding. **American Sociological Review**, p. 97-109, 1981. DOI: https://doi.org/10.2307/2095029 .
THOMAS, J. A. Está estressado? Ansioso? Conheça o JOMO, uma resposta aos danos causados pela hiperconectividade. **Época NEGÓCIOS**, 2025. Disponível em: < https://epocanegocios.globo.com/futuro-do-trabalho/noticia/2025/04/esta-estressado-ansioso-conheca-o-jomo-uma-resposta-aos-danos-causados-pela-hiperconectividade.ghtml >.
TSENG, H.-C. et al. Accurate Mental Stress Detection Using Sequential Backward Selection and Adaptive Synthetic Methods. **IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering**, v. 32, p. 3095, 2024. DOI: https://doi.org/10.1109/TNSRE.2024.3447274 .
UOTA, G. Nem todo estresse é ruim: estudo revela como usar a pressão a seu favor no trabalho. **Exame**, 2025. Disponível em: < https://exame.com/carreira/nem-todo-estresse-e-ruim-estudo-revela-como-usar-a-pressao-a-seu-favor-no-trabalho/ >.

URSIN, H.; ERIKSEN, H. R. Cognitive activation theory of stress (CATS). **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 34, n. 6, p. 877-881, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.03.001 .
WALDMANN, T. et al. The cost-utility of a return-to-work intervention in comparison to routine care for patients with mental disorders in Germany: Results from the RETURN project. **European Psychiatry**, v. 66, n. 1, e55, 2023. DOI: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2427 .
YERIGERI, V. V.; RAGHA, L. K. Speech stress recognition using semi-eager learning. **Cognitive Systems Research**, v. 65, p. 79–97, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2020.10.001 .

Cenários das subnotificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na vigilância da saúde do trabalhador e da trabalhadora na região da Amazônia Brasileira

Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein
Janne Cavalcante Monteiro
Letícia Maris Camargos Brasil

INTRODUÇÃO.

O acidente e a doença do trabalho são uma realidade mundial e afetam os perfis de morbimortalidade das populações e, de forma singular a vida do indivíduo. O acidente de trabalho se caracteriza como evento súbito, porém perfeitamente previsível e prevenível, ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, com dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (Mendes, Oliveira, 1997; Brasil, 2006). Já a Lei 8213/91, art. 20 da Legislação Previdenciária Brasileira define a doença do trabalho como aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (Brasil, 1991).

A ocorrência de um acidente e/ou adoecimento relacionado ao trabalho não pode ser simplificada somente à existência de fatores de risco, carece antes da compreensão das interrelações dos diversos fatores associados à forma como configura-se a organização do processo produtivo, a atual conjuntura do mercado de trabalho e como o trabalhador está inserido nessa estrutura. Compreende-se assim, que o acidente de trabalho é carregado de complexidade e socialmente construído pelo projeto societário em vigor e com fortes determinantes sociais (Mendes, 2002). Dessa forma, também produz consequências sociais, institucionais e pessoais que tendem à invisibilidade, ainda que todas essas consequências

sejam incorporadas pelo trabalhador, mostrando que o fato do acidente em si, não é o fim da história (Monteiro; Pereira, 2018).

Para dar visibilidade a um problema complexo como esse, a notificação foi determinada compulsória pelo Ministério da Saúde, a partir do ano de 2004 (Brasil, 2004), com registro dentro de 24 horas (Brasil, 2016a).

Essas medidas derivam de uma longa trajetória na luta em defesa da saúde do trabalhador no Brasil. O Ministério da Saúde tem marcado um importante papel na promoção, prevenção, cura e reabilitação nesta seara, com estratégias como a criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador[1] (CEREST) em todo o País, desde o ano de 2000 (Brasil, 2006), culminando na Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012).

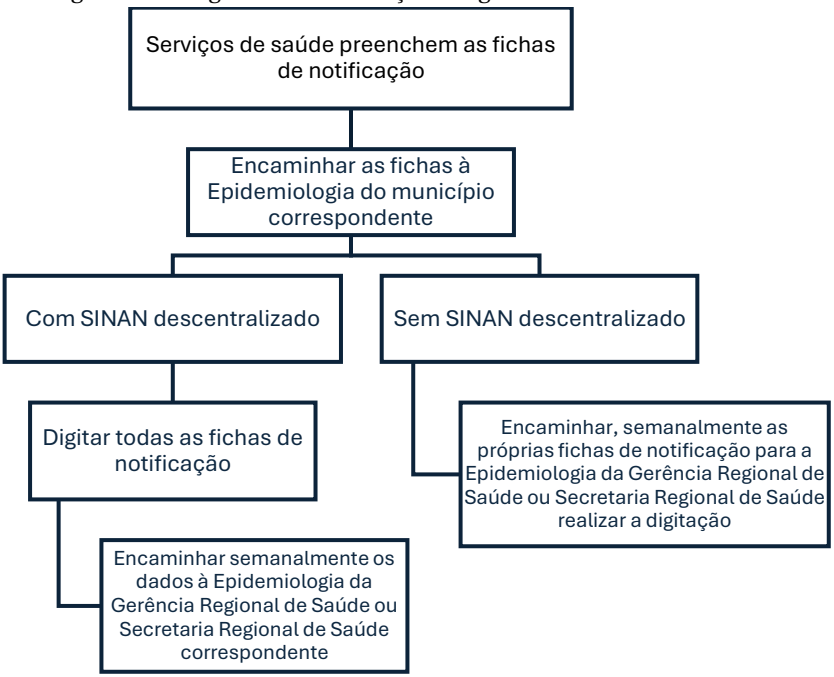
Com a implantação da RENAST, estrutura-se uma rede de apoio à informação sobre agravos de notificação em saúde do trabalhador, a qual trata da constituição de "um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, proveem informação de suporte à organização" de serviços de saúde (Carvalho; Eduardo, 1998), Estrutura-se assim, a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, tendo o CEREST como ponto de matriciamento das ações, e organizada a partir dos pontos de atenção considerados sensíveis para identificação dos agravos relacionados ao trabalho, com o objetivo de prestar cuidados e notificações de agravos, porém, o cuidado à saúde do trabalhador não se limita somente a essa rede (Dias; Ribeiro, 2011).

[1]Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da promoção, prevenção e vigilância em saúde do trabalhador. Existem dois tipos de CEREST: os estaduais e os regionais. Cabe aos CEREST promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim, como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar a investigação de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de Políticas Públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de Notificação Compulsória (Portaria n. 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009).

Desse modo, são estabelecidos que acidentes e outros agravos relacionados ao trabalho sejam identificados nas unidades em qualquer dos níveis de assistência, de acordo com a organização da rede de assistencial local. No caso dos acidentes de trabalho, as unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE) devem ser consideradas como sentinela para notificação, assim como em casos ocorrência de transtornos mentais relacionados ao trabalho, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, devem entrar nesta lista.

Após a pactuação das unidades sentinela, devem ser estabelecidos fluxos de notificação (Fig.1), incluindo também a qualificação das equipes das unidades que farão essa atividade.

Figura 1: Fluxograma de notificação de agravos relacionados ao trabalho.



Quando for utilizada a ferramenta do SISNET*, poderá ser realizada a transferência diária dos dados, caso o volume de notificações não seja muito grande.

Após receber as notificações de todos os municípios da área de abrangência da GRS ou SRS, o setor de Epidemiologia deverá encaminhar, **semanalmente**, o consolidado ao setor responsável por reunir estas informações no Nível Central.

* Sistema de Controle de Envio de Lotes (Sisnet) efetua a transferência dos dados existentes nos sistemas locais para o nível superior

Fonte: Dias e Ribeiro, 2011.

Atualmente, Rondônia conta com quatro CEREST, sendo um de nível Estadual, localizado na capital Porto Velho, que abrange todos os 52 municípios do Estado de Rondônia; um nível Municipal em Porto Velho, um em nível Regional no município de Cacoal e um em nível Regional Rural no município de Vilhena. Há também os Núcleos de Saúde do Trabalhador nos municípios de Candeias, Itapuã, Nova Mamoré, Guajará Mirim, Ji-Paraná e Rolim de Moura. Todas essas estruturas têm o seu funcionamento concretizado por meio da implementação de projetos de acolhimento, vigilância, intervenção e educação permanente. Devem ser compreendidos como polos de irradiação da cultura da saúde do trabalhador no conjunto da rede do SUS, articulando todos os setores de políticas públicas.

Importante citar o trabalho intersetorial na saúde do trabalhador em Rondônia, com a forte presença do Ministério Público do Trabalho articulando ações de promoção, prevenção e vigilância com o CEREST. Nesse sentido, o campo da Saúde do Trabalhador/ST do estado de Rondônia constitui-se como uma alternativa de associar promoção, prevenção e intervenção nos diversos setores da produção e da economia do estado, visto que as notificações dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho contribuem para torná-las evitáveis e passíveis de prevenção, para isso, é preciso identificar o motivo pelo qual os trabalhadores adoecem e morrem no Brasil, associando estes danos aos ramos de atividades econômica e aos processos de trabalho.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um importante instrumento de planejamento e organização do processo de trabalho, viabilizado através da notificação do acidente e/ou agravo de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do

Ministério da Saúde. Como este sistema faz parte da Política Nacional de Saúde no Brasil e, portanto, do Sistema Único de Saúde - SUS, ocupa-se por gerenciar as informações de agravos de notificação compulsória de todo usuário que adentra este sistema, seja ele com ou sem vínculo empregatício, ou seja abrange o trabalhador informal também. Na área de saúde do trabalhador, são estabelecidos oito agravos de notificação compulsória pelo SINAN, são eles: câncer ocupacional, dermatoses ocupacionais, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho, Pneumoconioses relacionadas ao trabalho, Transtornos mentais relacionados ao trabalho (Brasil, 2016a), Acidente de trabalho com exposição a material biológico e Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes (Brasil, 2016b).

Reforça-se a necessidade da notificação, instrumento pelo qual se traduz a invisibilidade das histórias de trabalhadores que sofrem acidentes de trabalhados e outros agravos relacionados ao trabalho, uma vez que os acidentes e as mortes no trabalho estão entre as maiores problemáticas relacionadas à Saúde do Trabalhador no Brasil[2]. Em 2021, foram realizadas 319.187 notificações de agravos relacionados ao trabalho no Brasil Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do Ministério da Saúde. Destas, 4.011 realizadas no estado de Rondônia., com 3.352 notificações de acidentes de trabalho e 13 notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho (SMARTLAB, 2022).

Da mesma forma, em 2021 foram notificados 536.174 acidentes de trabalho na base da Previdência social, que contabiliza os acidentes de trabalhadores formais, ou seja, com vínculo empregatício. Na região norte foram notificados 21.697 e no estado de Rondônia 3.029 notificações, sendo 2.472 de acidentes de trabalho e 120 de doenças do trabalho sem especificação, ressalta-se que 437 notificações não tinham Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), por isso não foram categorizadas (DATAPREV, 2021).

[2]Por Saúde do Trabalhador compreende-se um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (NARDI, 2002, p. 284).

Nesta perspectiva, este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada em 2016/2017, portanto há seis anos, no entanto, como observa-se a problemática da subnotificação e a falta do estabelecimento de um nexo causal para efetivá-la, continua sendo um dos principais entraves para a estruturação da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado de Rondônia.

Visando compreender esta realidade o estudo teve por objetivo problematizar como a rede de atenção em Saúde do Trabalhador no estado de Rondônia vem realizando as notificações de acidentes e transtornos mentais relacionados ao trabalho e quais seus impactos sobre a vigilância em saúde, especialmente na busca ativa para desfecho dos casos notificados, bem como dar visibilidade aos agravos relacionados ao trabalho em duas unidades sentinelas do estado.

MÉTODO.

Trata-se de um estudo que utiliza o método de levantamento de dados, possui abordagem descritiva, com uma análise prioritariamente qualitativa, mas também quantitativa, devido à complexidade do objeto de estudo que foi a notificação de acidentes de trabalho e de transtornos mentais relacionados ao trabalho em duas unidades sentinela do município de Porto Velho-Rondônia.

Como técnicas de pesquisa utilizou-se o acompanhamento e observação sistemática do processo de trabalho de notificações realizadas nas unidades sentinela com registros sobre este processo, a entrevista com os profissionais de saúde e com os pacientes, o levantamento das notificações realizadas no SINAN.

Devido às duas realidades bem diferenciadas nas unidades sentinela estudadas, segue-se uma breve descrição das etapas por unidade:

Local do estudo 1: Hospital de Urgência e Emergência.

Esta unidade é considerada de média complexidade, faz parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Rondônia. O perfil assistencial da unidade é o de urgência e emergência, sendo especializado em situações que impliquem em risco iminente de morte, sofrimento intenso, ou ocorrência imprevista, de agravo a saúde com ou sem risco potencial (SESAU, 2023).

Nessa unidade foi feito o acompanhamento de pacientes nas clínicas cirúrgica e ortopédica, com duas profissionais que são responsáveis pela notificação dos acidentes de trabalho na unidade. As visitas à unidade ocorreram no período matutino e no noturno. Foram também levantadas as fichas de notificação enviadas desta unidade sentinela à vigilância epidemiológica municipal, entre agosto de 2016 a maio de 2017, totalizando 133 fichas de notificações.

Posteriormente, utilizando-se as fichas de notificação do SINAN do período mencionado acima, foi realizada a busca ativa pós alta ao usuário que sofreu acidente de trabalho e teve internação no referido hospital e a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, validada por Glina (2010) e readaptada para compreender o percurso na Rede Assistencial de Saúde (RAS) utilizado pelo trabalhador para o tratamento e após o acidente, de modo a reconstituir a RAS local de apoio à saúde do trabalhador acidentado.

Local do estudo 2: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/Mm.

Esta unidade faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAP), considerada referência estadual para o cuidado de média e alta complexidade dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, voltado ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental no estado de Rondônia. O Centro de Atenção Psicossocial oferece serviços ambulatoriais para atendimento à adultos e idosos com transtorno mental grave e persistente. Tem como objetivo ampliar o acesso e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências na Rede de Atenção à Saúde.

Neste serviço foi realizado um estudo quantitativo-qualitativo para o levantamento de dados sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho, no período agosto de 2015 a julho de 2016. Para isto foram localizados nas Fichas de Registros dos usuários atendidos com diagnóstico de transtorno mental e comportamental e com indicativos de apresentação de sintomas que tinham relação com o trabalho. Após identificação dos usuários pelas fichas foi possível no momento do retorno ao serviço, convidá-los para uma entrevista e preenchimento da Ficha de Investigação de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho/TMRT/SINAN no CAPS/Mm. Também se utilizou de registros no Diário de campo com os

diálogos com técnicos, profissionais da Saúde do CAPS envolvidos no acompanhamento e tratamento dos possíveis usuários com Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

PROCEDIMENTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS.

Os participantes da pesquisa foram informados previamente sobre os procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE; obteve-se o termo de autorização institucional das unidades de saúde e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade, no parecer nº CAA 1341790/2016.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a análise temática (Bardin, 2011), partindo-se da divisão do texto em unidades de significado, o que possibilita a construção de uma compreensão acerca das vivências no trabalho.

A análise dos dados quantitativos, das características sociodemográficas e ocupacionais registradas, foi inserida em planilha do *Microsoft Excel* (2019), sendo aplicada análise descritiva de dados e apresentada por meio de tabelas de frequência que representam as características dos participantes na sistematização do banco de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES.

Achados do estudo no campo do hospital de Urgência e Emergência.

O acompanhamento das notificações dos acidentes/agravos relacionados ao trabalho no hospital de urgência e emergência se deu com a supervisão de duas funcionárias da categoria da enfermagem responsáveis pelo processo na unidade. Em entrevista prévia, houve o relato do procedimento de notificação por elas, iniciando com a identificação dos casos e a abordagem do paciente. Posteriormente, foram realizados os acompanhamentos das notificações e entrevistas junto aos pacientes.

Observou-se a falta de um protocolo na unidade que estabeleça logo na admissão a identificação da ocupação do usuário e se estava trabalhando no momento do acidente/agravo. Isso dificulta a identificação dos casos que, na maioria das vezes, é realizada pelas funcionárias de forma aleatória junto aos leitos dos pacientes, culminando na não notificação de muitos casos de acidentes de trabalho na unidade que poderiam

ser de base para a previsão do impacto do trabalho como determinante do processo saúde-doença no estado de Rondônia.

Além disso, essa falha acaba gerando uma certa tendência nos dados estatísticos das notificações. Isso porque percebeu-se durante as visitas que nesse processo de notificação há uma tendência de abordar mais os homens internados, o que pode deixar à margem a notificação de mulheres que também estão internadas por causas relacionadas ao trabalho. Acredita-se que este comportamento possa estar assentado sobre o fato de que indivíduos do sexo masculino são mais expostos à riscos ocupacionais quando comparados aos do sexo feminino, excetuando os acometimentos psicossociais (Souza, 2016), além disso acidentes de trabalho possuem uma razão de 2,7 homens para cada mulher atingida (Malta *et al.*, 2017), excetuando-se situações de trabalho em que a presença feminina tende a ser maioria, como no caso do setor saúde, entre a categoria da enfermagem (Vieira; Vieira; Bittencourt, 2020).

A abordagem para notificação de acidentes de trabalho mais intensa aos indivíduos do sexo masculino neste hospital de urgência e emergência, reflete os números de notificação segundo o sexo, onde o índice de notificações em acidentes de trabalho grave em homens foi de 92,97% do total de vítimas notificadas e em mulheres somente 7,03% do total de trabalhadores notificados.

Foram perceptíveis ainda falhas no preenchimento de alguns dados e até mesmo ausência de alguns deles – telefone para contato, tipo de fratura, como ocorreu o acidente, dados antecedentes epidemiológicos como tempo de ocupação- que são essenciais para a notificação e para o processo pós-notificação, como a busca ativa e o desfecho do caso. Este último, foi relatado por profissionais de saúde do setor de vigilância em saúde do trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde, como de grande impacto já que para o desfecho do caso é necessário o retorno do contato com o paciente para que seja possível verificar as condições de saúde do trabalhador vítima de acidentes de trabalho, porém esse trabalho, recorrentemente, é dificultado pela incoerência de dados na ficha de notificação.

Assim, percebe-se que a falta de um protocolo interno da unidade sentinela, que aponte a necessidade de identificar os tipos de acidente logo na triagem do hospital de urgência e emergência, desencadeia uma série de fatores que contribuem para que os índices de notificações na

unidade ainda sejam considerados baixos e para que ocorra a subnotificação, já que as funcionárias responsáveis têm que fazer, além da notificação, a identificação dos acidentados.

De acordo com a literatura para que se evite análises subjetivas que comprometam a efetividade do processo de notificação, a identificação dos acidentes de trabalho grave deve ser realizada levando-se em conta a existência de ao menos um dos critérios a seguir: tratamento por internação, incapacidade por mais de 30 dias de realizar tarefas habituais, apresentar incapacidade permanente para as atividades laborais, apresentar uma patologia incurável, perda de função ou sentido de um membro, deformidades, abortos, fraturas, amputações, asfixia, perda de consciência, entre outras (Dias; Ribeiro, 2011).

Já o estabelecimento do nexo causal entre o adoecimento e o trabalho de acordo com Jardim, Ramos e Glina (2010) devem seguir um diagnóstico que se dá na escuta clínica da relação entre o psíquico, dos efeitos do trabalho e da organização do trabalho sobre o trabalhador.

Evidenciou-se na busca no SINAN que no ano de 2016 foram notificados 326 casos de acidente de trabalho na cidade de Porto Velho, destes apenas 130 casos foram constatados no hospital de urgência e emergência acompanhado. Já no período entre janeiro e maio de 2017 foram notificados 122 casos de acidentes de trabalho em Porto Velho, sendo que 37 casos derivavam do hospital pesquisado. Esse fato cria um alerta para os profissionais de saúde em relação às subnotificações na capital de Rondônia, isso porque os dados ilustrados na pesquisa não mostram a real dimensão do problema de acidentes de trabalho graves no estado.

Interessante notar que na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, o estado de Rondônia ocupa a terceira posição no Brasil em acidentes de trabalho autorreferidos pela população maior de 18 anos, indicando que as notificações formais andam em descompasso com a realidade (Malta, 2017).

Ao caracterizar os acidentes estudados, tendo como base uma amostra de 133 usuários notificados no hospital de pesquisa, percebe-se que as morbimortabilidades mais frequentes são por causas externas (56,25%), ou seja, a maioria deles ocorrem no trajeto entre o trabalho e a residência do trabalhador por volta das 13:00h (6,25%), diferente do estudo de Zack et al (2020) realizado em um município do estado do Paraná, onde a maioria (87,4%) foi acidente de trabalho típico e ocorreram

entre 07:00 e 17:00h. Essa comparação demonstra a importância dos estudos de base local, pois os perfis de morbimortalidade podem ser diferentes de acordo com as características socioeconômicas e produtivas. Dentre as causas externas, o maior índice encontrado no presente estudo se refere à colisão entre um carro e uma moto (27,34%). Constata-se ainda que entre os acidentes típicos (43,75%) há um destaque para as quedas de telhado (5,47%) e os cortes em máquina (3,91%), que ocorrem com maior frequência no horário de 15:00 (7,03%).

Ao relacionar a situação no mercado de trabalho e o acidente ocorrido dos 133 pacientes notificados no hospital de estudo destaca-se os trabalhadores autônomos (40% do total de fichas notificadas) contra apenas 26% de trabalhadores registrados com carteira assinada. Dentre os trabalhadores autônomos pôde-se perceber um destaque maior para especialistas em serviços gerais (18,75% do total de fichas notificadas de trabalhadores autônomos) seguido de 12,5% de pedreiros. Esse resultado é essencial para que políticas públicas possam se voltar para determinados grupos de trabalhadores, que por falta de fiscalização ou até mesmo questões relacionadas aos equipamentos de segurança, se acidentam mais durante as atividades laborais.

A busca ativa a partir das notificações no hospital de urgência e emergência.

A partir das fichas de notificação do SINAN levantadas na SEMUSA local, foi realizada a busca ativa dos usuários. Foi possível localizar 11 pessoas que tiveram notificações de acidente de trabalho em 2016, devido ao preenchimento incorreto e inadequado das fichas de notificação. Isso porque em 25,75% delas, o campo telefone não foi devidamente preenchido. Dentre as fichas que continham o telefone do paciente, 15% assinalavam números que não eram do paciente referido ou não existiam, restando apenas os 11 pacientes para a submissão da entrevista semiestruturada. Em estudo sobre a inconsistência das notificações de acidente de trabalho fatal, na base SINAN 2007 a 2012, com indivíduos entre 18 a 65 anos de idade, verificou-se que há proporção de 6,7% da resposta "ignorado" nos registros no campo evolução (Galdino; Santana; Ferrite, 2017), o que pode ser devido à falta de informações em campos como o telefone, que permitam a busca ativa da equipe de vigilância para efetivar o desfecho do caso.

Ao entrevistar os indivíduos que sofreram acidentes de trabalho, foi possível identificar os reais pontos da Rede de Atenção procurados pelo usuário acidentado permitiu a elaboração da Rede em Saúde do Trabalhador em Porto Velho-RO. A maioria dos 11 pacientes chegam ao hospital de urgência e emergência (unidade sentinela para acidente de trabalho no município) por meio do SAMU. Após receber os cuidados de emergência, geralmente são encaminhados para o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HB), onde são realizadas as cirurgias, e, por fim, após a alta hospitalar, seguem referenciados para o acompanhamento especializado na Policlínica Oswaldo Cruz (POC), local de referência em tratamento especializado no estado de Rondônia.

No entanto, alguns pacientes residentes das cidades interioranas seguem também um outro fluxo que parte do primeiro atendimento em um hospital regional, seguindo para o hospital de urgência e emergência estudado, podendo ser encaminhado para o Hospital Santa Marcelina – apenas como forma de reduzir a superlotação e o desconforto dos pacientes no referido hospital, até que sejam encaminhados ao HB e continuam o tratamento na POC, onde, muitas vezes são referenciados para fazer fisioterapia em suas cidades.

Na tabela 1, observa-se aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos 11 trabalhadores do sexo masculino entrevistados após ocorrência do acidente. A média de idade entre eles é de 28 a 60 anos, deles 36% tem ensino fundamental incompleto, 27% com ensino médio completo, 27% ensino médio completo e 9% com ensino superior incompleto. Dos motivos de acidente nota-se que, 55% ocorreram com motocicleta, 36% com carros e 9% com o transporte coletivo e 36% dos agravos parecem ser de trabalhadores sem vínculo empregatício, pois não têm assistência pelo INSS. O período de afastamento do trabalho para a recuperação foi em média de 2 a 8 meses.

Tabela 1 Dados sociodemográficos, ocupacionais e locais de assistência no estado que passaram pelo Hospital de Urgência e Emergência, em Porto Velho/RO, 2016.

Escolaridade, acidente de trabalho-meio de transporte, percurso para assistência médica especializada	**Idade**	**Setor econômico Profissão**	**Afastamento INSS**
Ensino médio incompleto Fratura mão/Motocicleta Ouro Preto – Ji-Paraná - HUE - Santa Marcelina HB – HUE* - HB	28	em branco em branco	N
Ensino médio completo Fratura da mandíbula/carro HUE - HB	28	Mecânica mecânico	S
Fundamental incompleto Fratura mão/carro HUE - HB	33	Construção civil pedreiro	S
Ensino médio completo Fratura MMII/Motocicleta HUE- HB - POC – reabilitação clínica escola	36	Comércio pipoqueiro	S
Superior incompleto Fratura joelho/Motocicleta SAMU - HUE - HB - POC	37	Estagiário vara de família	N
Ensino médio incompleto Fratura joelho e MMSS/Motocicleta Hospital Regional - HUE - POC	43	Fazenda serviços gerais	S
Ensino médio incompleto Fratura joelho/Queda transporte coletivo Ana Adelaide - HUE - HB - POC	45	Construção civil pintor	S
Ensino médio completo Fratura fêmur/carro HUE- HB	53	Serviços Gerais limpeza e manutenção	N

Fundamental incompleto Fratura tornozelo/carro HUE - Santa Marcelina - HB - Policlínica José Adelino - Ortopedista	55	Auxiliar de conservação em branco	S
Fundamental incompleto Fratura dedos/Motocicleta UPA - HUE - POC	58	Construção civil pedreiro	S
Fundamental incompleto Fratura MMII e MMSS/ Motocicleta UPA - HUE - POC - Policlínica José Adelino	60	Construção civil pedreiro	N
Total Geral	**11 trabalhadores**		

*HUE: Hospital de Urgência e Emergência. / Fonte: Sistematização dos autores

Assim, percebe-se no Quadro 1, que a rede sentinela de saúde do trabalhador para acidentes de trabalhos em Porto Velho, independentemente da situação do paciente, residente ou não de Porto Velho, se inicia no HUE estudado, o que indica a relevância dessa unidade sentinela no processo de notificação e na avaliação da real dimensão do trabalho no bem-estar e qualidade de vida da população do estado.

Subnotificações do transtorno mental relacionado ao trabalho num Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Os resultados da pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial/CAPS/Mm, no período 2015/2016 identificaram que os transtornos mentais relacionados ao trabalho não eram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, na Ficha dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. O preenchimento destas fichas é obrigatório e deveria ser alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017). O CAPS é oficialmente o núcleo das unidades sentinelas que faz parte da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador no estado de Rondônia e deveria notificar e acompanhar os casos de adoecimento relacionado ao trabalho em Porto Velho.

Os resultados apontam à subnotificação dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, na prática, apesar do CAPS ser oficialmente o núcleo das unidades sentinelas que faz parte da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador no estado de Rondônia não realizava a notificação bem como a relação dos agravos à saúde. Somente após a mobilização do gestor e técnicos é que o serviço passou a buscar informações sobre a obrigatoriedade dos registros nas fichas de investigação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho atendidos no serviço.

O serviço de notificação em saúde do trabalhador, previsto no Política Nacional de Notificação de Acidentes e Doenças no Trabalho da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST do Sistema Único de Saúde/SUS, no CAPS/Mm deste serviço não ocorria. Ao serem questionados os profissionais responderam:

> Olha aqui a demanda é grande e a quantidade de gente que trabalha aqui é pouca para realizar esse serviço de notificação que leva um certo tempo e aqui ninguém tem tempo para parar, porque a situação não permite, os médicos são muito ocupados, é muita gente para atender. (Profissional da saúde M)
> Cara aqui não sabemos nem ao certo quem é que faz esse serviço de notificação, acredito eu, que seja o médico quem deve, em tese, fazer isso mas como aqui é correria, eu bem que gostaria de marcar uma reunião para colocar isso em debate para a gente voltar a realizar esse serviço que começou timidamente um tempo atrás eu não sei porque não foi a frente, mas a dificuldade é que a gente tenta marcar algo ai nunca dá para estar todo mundo que precisa daí fica difícil discutir e implantar isso, é difícil viu (Profissional da saúde 2 A).

De acordo com Bottega e Merlo (2017) uma das dificuldades comuns é a caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, pois nem sempre existe consenso entre os profissionais da saúde para a classificação dos distúrbios Psíquicos relacionados ao trabalho. Assim, ainda a subnotificação dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho tem caráter invisível nas estatísticas, prejudicando a construção de políticas de promoção e prevenção que venham a minimizar as consequências dos agravos no trabalho.

Neste contexto procedeu-se com a primeira etapa do estudo no CAPS/Mm de investigação das fichas dos usuários entre agosto de 2016 a julho de 2017, neste procedimento foi possível localizar cinco (5) registros que tinham sintomas e diagnósticos relacionados a atividades laborais. A partir da identificação dos usuários foi possível agendar um horário e juntamente com eles preencher a Fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação das Doenças Relacionadas ao Trabalho/ SINAN.

Dentre os usuários identificados nas fichas, três eram mulheres e dois eram homens, a idade variou entre 16 a 48 anos, sendo que 4 possuíam ensino superior completo e 1 ensino médio completo. Quanto a ocupação três eram professores, um era advogado e outro menor de idade e estava identificado como trabalhador rural. Destes dois eram empregados com carteira assinada, um trabalhava sem registro na carteira de trabalho, um era servidor público e outro trabalhava no meio rural. Os transtornos mentais que formam diagnosticados foram (Tabela 2): Transtorno misto ansioso e depressivo (F41.2) Transtorno depressivo recorrente (F33), Transtorno de adaptação (F43.2), outros transtornos afetivos bipolares (F31.8), Transtorno misto ansioso e depressivo (F41.2) e Esquizofrenia simples (F20.6). Entre os trabalhadores observou-se que dois faziam uso de substâncias psicoativas, como álcool e fumo, além dos medicamentos psicotrópicos.

Observou-se que, quatro dos cinco trabalhadores relataram vivências de sofrimento no trabalho, incluindo vivências de assédio moral e violência psicológica nas relações de trabalho dando evidências do nexo entre o surgimento dos sintomas e o evento traumático que originou o afastamento do trabalho. Ainda, destaca-se a dificuldade dos profissionais de identificar o nexo causal do adoecimento com o trabalho.

Dos trabalhadores que tiveram diagnósticos de Transtornos Mentais e Comportamentais (tabela 2), foi possível entrevistar 3 usuários que aceitaram falar sobre o processo de adoecimento. Nos depoimentos foi possível constatar que o CAPS não realizou o nexo causal do agravo com o trabalho, também não foi realizado o preenchimento e notificação da Ficha de Notificação de Doença Relacionada ao Trabalho por Transtornos Mentais (SINAN), do Ministério da Saúde.

> Por transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho compreende-se aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição à determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos a organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresse pós-traumático decorrentes do trabalho (CID F43.1) (CID-10, 1993).

Tabela 2. Perfil dos transtornos mentais atendidos no CAPS Mm, no período de agosto de 2015 a junho de 2016.

Transtornos mentais relacionados ao trabalho	Profissão	Diagnóstico CID – 10	Sexo		Total
			Fem.	Mas.	
Transtorno misto ansioso e depressivo, Transtorno depressivo recorrente, Transtorno de adaptação, outros transtornos afetivos bipolares	Professor	F41.2, F33, F43.2, F31.8	2	1	3
Transtorno misto ansioso e depressivo	Advogado	F41.2	1	0	1
Esquizofrenia simples	Trabalhador rural	F20.6	0	1	1
TOTAL GERAL					5

*CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Mm

Fonte: Dados extraídos das Fichas de Investigação de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho/TMRT, protocolos de notificação de acidentes e doenças no trabalho da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Nas narrativas de dois usuários fica claro que o sofrimento foi um dos motivos para o afastamento no trabalho, seguem os depoimentos:

> Eu trabalhei muitos anos como professor, e no meu tempo professor [...]. O fato de você ser professor formado em uma disciplina não era levado em consideração, tinha que saber de todas as outras disciplinas porque te empurravam a matéria e você tinha que se virar porque no estado não havia muitos professores, trabalhei em todos os interiores adoeci devido a sobrecarga e acabei vindo para a capital por questões de tratamento do

> meu transtorno. O que aconteceu como adoeci? A gente surta por muita pressão, a gente não aguenta e então adoeci eu vivia deprimida, passei a ser usuário CAPS não tenho condições de retornar a dar aula, se eu estivesse em sala de aula eu já teria morrido (Professor)
> Eu comecei a fumar, não fumava antes, a beber aí, depois eu entrei de licença médica parei de fazer o tratamento depois surtei porque me readaptaram. Eu era contratada como nível médio, mas mesmo assim eu exercia a função de advogada na procuradoria geral do município (Advogada).

Sobre isso, autores da área de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho/SMRT compreendem que as alterações de saúde mental se dão a partir de uma gama de aspectos, desde fatores pontuais como a exposição a agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho (Jacques, 2007; Seligmann-Silva, 2011), visto que as teorias divergem sobre o papel do trabalho no processo de adoecimento mental, considerando-o ou como determinante ou como fator desencadeante, a partir de uma estrutura pré-existente, mas concordam que os transtornos mentais têm uma etiologia multicausal em que conjuntos de diversos fatores interagem de modo complexo.

Sobre isto, Cruz (2010) enfatiza a importância do estabelecimento do nexo causal na compreensão do adoecimento, visto resultar de um conjunto de processos que abrangem aspectos físicos e psicológicos, enfatizando a dimensão invisível destes mecanismos, que geram ao longo do tempo o agravamento das doenças ocupacionais.

Tais elementos devem levar em consideração fatores multicausais e ambientais na relação com as esferas da vida privada, social e no trabalho. Justifica-se a afirmação tendo em vista que os transtornos mentais relacionados ao trabalho são determinados pelos lugares, tempo e ações do trabalho, podendo atingir o corpo, produzindo disfunções e lesões biológicas, ainda trazer efeitos psíquicos devido a situações do processo, das condições e das relações do trabalho, quando patogênicas.

Neste sentido, o estudo deve contribuir para o fortalecimento da rede de apoio aos usuários com transtorno mental relacionado ao trabalho no CAPS/Mm, para que possam ser acolhidos e, de acordo com a legislação, possa ser estabelecido a relação de suas afeções ao seu trabalho, como do registro na ficha do Sinan/SUS obrigatório por normas e leis vigentes aos sistemas de vigilância municipais, estaduais e nacionais.

CONCLUSÕES.

O acompanhamento do serviço de notificação em unidades sentinela de Porto Velho, permitiu uma visualização de como esse processo ocorre na capital de Rondônia. As subnotificações observadas durante o processo criam um alerta da importância dos estudos em relação às notificações nessa região de modo a melhorar as ações públicas que intervêm na qualidade de vida e trabalho da população.

A falta de um registro dos agravos observadas no processo de notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nas duas instituições em Porto Velho prejudicam o conhecimento do real impacto do trabalho na saúde, além de dificultar a organização de ações prevenção e controle dos acidentes de trabalho graves pela Vigilância em Saúde do Trabalhador -VISAT do SUS. É preciso qualificar o processo de notificação da rede sentinela de saúde do trabalhador, estabelecendo um fluxo que inicie internamente nas unidades sentinelas e finalize com o desfecho do caso pela SEMUSA, de forma a dar resolubilidade aos agravos do processo saúde-doença do trabalhador.

Por tudo isso fica claro que os estudos referentes à área da Saúde do Trabalhador tornam-se essenciais para a associação da promoção, prevenção e intervenção nos agravos de saúde, uma vez que a identificação dos acidentes e acometimentos relacionados ao trabalho permite que se possa evitá-los e preveni-los. Para isso é preciso compreender melhor o motivo pelo qual os trabalhadores em Rondônia adoecem e morrem, de modo que se possa fazer intervenções sobre suas causas e determinantes.

Os acidentes e adoecimentos relacionados no trabalho, constituem-se como agravos, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constitui-se um desafio à saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do SUS, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a busca por formas efetivas do seu enfrentamento. As subnotificações observadas nos levantamentos apresentados neste capítulo, em duas instituições, acenam o alerta da necessidade dos gestores da Vigilância em Saúde a buscar estratégias eficazes para o registro dos acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho na região norte.

O não registro fere as diretrizes da Vigilância em Saúde quanto à condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, que é a busca da educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão. Uma das ações estratégicas para o gerenciamento dos riscos são os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador(a) em rede de serviços-sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS do estado de Rondônia.

Torna-se importante ainda, à guisa de conclusão desde estudo, abordar de modo mais incisivo uma das questões com a qual nos defrontamos nas nossas experiências de pesquisa, formação e intervenção com os referenciais aqui desenvolvidos. É de conhecimento público que nos últimos anos houve um retrocesso na política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e, com ela, o aumento exponencial de subnotificações de acidentes e adoecimentos decorrentes do trabalho - da expansão da lógica medicalizante, principalmente, após o cenário da pandemia da Síndrome Respiratória Grave causada pelo vírus SARS-CoV-2. Por isso, entende-se que este estudo deve ser ampliado levando em consideração os agravantes decorrentes do Covid-19, dos fatores socioeconômicos dos últimos anos, bem como do impacto do desemprego na saúde física e mental dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M.de; VILELA, R. A. de G.; SILVA, A. J. Nda.; BELTRAN, S. L. **Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes – MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador**. Botucatu, São Paulo, 2014.

GALDINO, A; SANTANA, V. S; FERRITE, S. Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2017; 51:120. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/SWTQDgDZHn97yPvWPsmZfYy/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 17/03/2023

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** ed. 70. São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de**

acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (**Cadernos de Atenção Básica**; Programa Saúde da Família, n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 12/11/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777/2004 MS, de 28/04/2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-777_28042004%20%28ST%20no%20SINAN%29.pdf Acesso em: 14/02/20/2023

BRASILa. Ministério da Saúde. Portaria nº 205/2016 MS, de 17/02/2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016_comp.html Acesso em: 23/05/2023

BRASILb. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/2016 MS, de 17/02/2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território**

nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html Acesso em: 05/035/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, n. 41** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf Acesso em: 26/08/2020.

BOTTEGA, C. G.; MERLO, A.C. Clínica do trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicologia & Sociedade**, n.29, p. 1-11, 2017.

ZACK, B.T.; ROSS, C.; GOUVÊA, L.A.V.N.; TONINI, N.S. Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, V. 44, N. 127, p. 1036-1052, out-dez 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZPTRDq477xg3JMsRhJrkVWk/?lang=pt Acesso em: 02/03/2023

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CID-10 - Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CRUZ, R. M. Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o NTEP. In W. Codo (Ed.) **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa: o NTEP e a Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 2010.

DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Elice Eliane Nobre. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2839.pdf Acesso em: 06/06/2021

DATAPREV. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho – AEAT**, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do- trabalhador/acidente_trabalho_incapacidade/arquivos/copy_of_AEAT_2021/aeat-2021 Acesso em: 02/02/2023

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ªed. São Paulo: Atlas S.a, 2002.

JARDIM, Silvia. Rodrigues.; RAMOS, Andréia. GLINA, Débora Miriam Raab. Diagnóstico e nexo com o trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. Roca, São Paulo, p. 49-80, 2010.

JACQUES, M. G. C, & CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental & trabalho**: leituras (2a ed.). Petrópolis: Vozes, 2002.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da Pesquisa.**Itabuna: Via Litterarum, 2010.

MALTA, D. C. et al. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(1):169-178, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YP5DzH76QHBRx6QKnFdbgDs/abstract/?lang=pt Acesso em: 02/04/2023

MENDES, J.R. Acidente de Trabalho. In: CATTANI, A.D. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Vozes, Porto Alegre, 2002, p. 31-40.

MENDES, J.R.; OLIVEIRA, P. A.B. Acidentes de Trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre/RS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1997.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde públ**., S.Paulo, 25:341-9, 1991.

MONTEIRO, B.; BORGES PEREIRA, V. O espaço experiencial da dor: sofrimento, corpo e inscrição social depois do acidente de trabalho entre trabalhadores industriais portugueses. **Laboreal**, 14(1), 37-48, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiv0118bm Acesso em: 10/05/2023

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A.D. (Org.). Saúde do trabalhador: **Dicionário crítico** sobre trabalho e tecnologia. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 283-287.

OLIVEIRA, Hilderline Câmara de; SANTOS, Joseneide Sousa Pessoa dos; CRUZ, Eduardo Franco Correia. **O mundo do trabalho:concepções e historicidade.** 2007. 9 f. Dissertação (Mestrado) - Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SCHINCARIOL, Isabela. **Atenção básica é fundamental à saúde do trabalhador.** Rio de Janeiro: Informe Ensp, 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?id=15951&tipo=B>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SILVA, Ana Beatriz Ribeiro Barros. Acidentes, adoecimento e morte no trabalho como tema de estudo da História. Trabalho e Trabalhadores no Nordeste: **Análises e Perspectivas de Pesquisas Históricas em Alagoas, Pernambuco e Paraíba, Campina Grande**, p.215-240, 2015. Disponível em: http://static.scielo.org/scielobooks/xvx85/pdf/oliveira-9788578793333.pdf>

SOUZA, Thiago Vieira. A influência do sexo e do gênero nas questões envolvendo segurança e saúde do trabalhador. **Revista Espaço Acadêmico**, Rio de Janeiro, n. 177, p.73-83, fev. 2016. Mensal.

VIEIRA, K. M. R.; VIEIRA JR., F. U.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C. Subnotificações de acidentes de trabalho com material biológico de técnicos de enfermagem em hospital universitário. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2020, 34:e37056. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37056/21926 Acesso em: 15/04/2023

Mulheres brasileiras performadas como mães medicalizadas

Fernanda Teixeira de Barros Neta
Tamires Costa Mendes
Ananda Vitoria Cardoso Rodrigues
Maria Vitoria Rocha de Jesus
Rariane Costa Rodrigues
Elizângela Ferreira Mendes

INTRODUÇÃO.

Este capítulo problematiza as práticas que performam mulheres brasileiras como mães medicalizadas por meio de dispositivos de colonialidades dos corpos e subjetividades.

Um modelo de mulher higienista e normalizador, por vezes, também, moralista foi efetuado na racionalidade de política como polícia das famílias, mirando os corpos de mulheres a serem medicalizados e medicalizadores, segundo Foucault (1979). Parte da medicalização opera pelo controle dos corpos das mulheres mães, no interior das famílias e no sistema educativo; outra parte, por meio dos programas sociais e das políticas de assistência social, na medida em que trazem acoplamentos morais e religiosos ou ainda higienistas na gerência da vida e das relações sociais.

As mulheres eram "educadas para a virgindade, para o casamento monogâmico, para a maternidade, para os cuidados da família, enfim, para a passividade e o silêncio" (Rago, 2008, p. 15). As leis e normas que regem os corpos das mulheres são agenciadas pelas estratégias de gênero, classe, raça/etnia, faixa etária, moradia, escolaridade, religião e por meio da divisão sexual do trabalho.

Uma política pública organiza e gerencia um conjunto das artes de governar os corpos com muitos saberes e poderes, formando relações e subjetividades singulares no tempo e espaço de uma determinada sociedade. Muitas vezes, mulheres são vitimizadas duplamente quando são novamente violentadas nas instituições que deveriam protegê-las (Rago,

2019). O sexismo atravessa mentalidades, pensamentos e emoções de mulheres também além dos homens se pensarmos um sistema de repartição binário dos modos de vida e de relacionar-se. Desta maneira, mulheres que trabalham em políticas sociais podem violentar as que procuram os serviços de cuidado e proteção (hooks, 2020b).

MAPAS DE PESQUISA, MODOS DE SER E VIVER NA E COM OS ESTUDOS HISTÓRICOS.

Certa vez ouvi de um professor de História que a gente chega a um "objeto" de pesquisa vivendo. O pesquisar não é um terreno árido e seco. A pesquisa é viva! Ela pulsa! A primeira pessoa que é questionada, visitada por dentro nesse processo é a pesquisadora. Partindo do pressuposto que esse caminhar é fluido, é descontínuo e, necessariamente, implicado, e que estamos interessados em pensar a produção de subjetividades, não faz sentido se ater a racionalidade da forma, do objeto. A pergunta desloca-se de "o que você está pesquisando?" para "quais processos você estuda?". Essa sim alça-se como uma pergunta capaz de captar as subjetividades, as forças que estão em jogo.

No caminhar dessa pesquisa houve (e há) muitos tensionamentos, angústias, idas e vindas, estagnação e, certamente, afetação por cada experiência. Quantas guinadas e mudanças podem ocorrer? É preciso coragem para lançar-se ao novo. O propósito foi construir e produzir uma ciência posicionada, reflexiva e crítica.

É preciso pensar a produção científica como a própria vida. Neste sentido, esse trabalho surge na tentativa de operacionalizar como a vida pessoal, profissional, familiar e as vivências me empurraram para cá. A pesquisa atravessa os corpos de nós mulheres com os modos de pensar, os incômodos e desejos.

Paralelamente, cotidianamente, são produzidos discursos e prescrições de como cuidar dos filhos, como cuidar melhor, como ser a supermãe e supermulher – aquela capaz de cuidar dos filhos, da casa, do marido, do trabalho extra doméstico e de si. São muitos e diversos os atores: expertises - da saúde, educação, psicologia, pediatria; As políticas públicas; Os equipamentos sociais; A mídia; os quais participam ativamente do processo de 'tornar-se mãe', de construção de maternidades e maternagens idealizadas, naturalizadas.

Reifica-se a imagem da mulher vinculada ao cuidado – cuidados pré-natais; cuidado com a saúde do filho; com a segurança alimentar; com a educação. Reforça-se essa divisão desigual entre os gêneros ao relegar às mulheres essa função de gestão familiar. Em que pese este relatório não ter sido o documento primário de análise, o trago para cena em virtude de apresentar a mesma racionalidade.

PRÁTICAS MEDICALIZANTES QUE FUNCIONAM COMO MANUAIS PERFORMATIVOS DAS RELAÇÕES DE GÊNERO E MÉDICO-HIGIENISTA.

Para Butler (2005), o par sexo/gênero quanto ao aspecto biológico está enraizado pela sociedade por meio da associação entre sexo biológico e gênero feminino e/ou sexo biológico e gênero masculino. Com efeito, para a autora, trata-se de uma analítica dos atos performáticos e não das condições de uma essência biológica a qual deveria criar uma repartição do ser feminino e do ser masculino de forma causal, cada vez mais biologizante.

Ora, "a linguagem preserva o corpo, mas não de uma maneira literal, trazendo-o à vida ou alimentando-o; ao invés disso, ele é interpelado pelos termos da linguagem, o que torna possível sua existência social" (Butler, 1997, p. 05). Com efeito, a concepção de gênero se torna uma performance tanto social quanto cultural, colocando em xeque o sexo como essência e interrogando as noções de masculinidade e feminilidade.

A polícia das famílias toma os corpos das mulheres mães como parte de um dispositivo de controle social e da suposta defesa social normalizadora das condutas e moralizante das relações. Para tanto, as questões de gênero e sexualidade são engendradas como mecanismos de regulação das subjetividades e dos grupos familiares e comunitários para fomentar uma vertente biomédica e médico-psicológica de gestão dos riscos. A eleição dos fatores de riscos passa pela seleção de elementos valorativos da cultura e da sociedade em termos de escolha e decisão dos(as) gestores(as) na política social de proteção. Elegem-se aspectos por um cálculo de previsibilidade marcadamente preconceituoso porque o que de fato é risco e perigo, em uma determinada sociedade e grupo?

Por isto, hooks (2019), observa que é fundamental um trabalho de conscientização das próprias mulheres a respeito de como elas precisam

primeiro fazerem a crítica do sexismo que as constitui para lutarem por seus direitos e não violentarem outras mulheres. Assim, trabalhadoras das políticas públicas irão desenvolver a sororidade, solidariedade com as companheiras mulheres e ajudarão umas às outras a se libertarem do sexismo e de toda sorte das violências de gênero em quaisquer âmbitos das políticas de garantia, defesa e promoção dos direitos humanos.

Há uma relação entre as modalidades de governo das condutas na incidência sobre os corpos e no entrecruzamento de forças da formulação, realização, execução e monitoramento das políticas públicas de gestão da vida e dos corpos de mulheres. As leis e normas que regem os corpos são agenciadas pelas estratégias de gênero, classe, raça/etnia, faixa etária, moradia, escolaridade, religião e por meio da divisão sexual do trabalho. Uma política pública organiza e gerencia um conjunto de artes de governar os corpos com muitos saberes e poderes, formando relações e subjetividades singulares no tempo e espaço de uma determinada sociedade (RAGO, 2019).

O corpo é efeito, produzido por um conjunto de aparatos biomédicos, táticas legais, estratégias literárias, discursos filosóficos e de tecnologias sociais, de acordo com a referida autora. O corpo não existe *a priori*. Assim, Rago (2019) destaca o quanto as políticas públicas devem considerar estes aparatos para agirem de modo crítico e materialista na atenção às mulheres.

A ideia de diferença sexual contribui para acomodar o sectarismo e o fundamentalismo na medida em que reifica corpos e sexo às estruturas biológicas, psicológicas e jurídicas. Os regimes de verdade estão vinculados às práticas jurídicas, sociais e culturais, pois, segundo Foucault (1996), os saberes das ciências humanas e sociais são parajudiciários na medida em que estão sustentados e forjados pelo modelo do inquérito judicial concomitante ao social bem como ao médico-psicológico.

Por isto, se fala de uma tecnologia política denominada gênero e se pensam os seus efeitos variados na construção performativa dos corpos e dos modos de existência. Efetivamente, gênero é um conjunto de técnicas políticas dirigidas aos corpos, que os conformam e modelam em modos de viver específicos, os organizando em dispositivos de governamentalidade, ou seja, em processos de produção da subjetividade que são específicos às técnicas de condução de si e dos outros.

Scott (1995), utilizando os pressupostos de Michel Foucault, incorporou gênero como uma constituição do saber a respeito das diferenças sexuais, trazendo concepções produzidas pela cultura, como às relações entre homens e mulheres. Problematiza-se que esse saber não é absoluto, mas sempre relativo, sendo produzido no interior da epistemes, nascendo de disputas políticas, demarcando o campo em que as relações de poder, dominação e subordinação são construídas. Todo saber é local e histórico, está ligado a uma política da verdade e a um tempo e espaço no qual é fabricado (Foucault, 1979).

A violência de gênero é uma produção histórica de manifestação de relações de poder e saber, na qual a subordinação não implica na ausência absoluta de poder, seja no âmbito público ou no privado, mas em contextos e intensidades de submissão e perda da liberdade parcial que poderá ser maior na medida em que a mulher resistir às tentativas de violências exercidas contra ela pois de certo modo, a violência é o signo da impotência de alguém que desejava dominar/controlar/apropriar-se e não o consegue mais. Ora, a violência em geral traz em seu bojo uma estreita ligação com as categorias de gênero, classe e raça/etnia e suas relações de poder, coerção, dominação, opressão e coisificação instaladas e materializadas em uma sociedade patriarcal (Saffioti, 1999).

O termo gênero tem um papel central na vida social, com seu viés histórico atrelado à produção de poder de forma ora explícita ora velada. Os movimentos feministas têm um papel importante nesta análise, pois o conceito de gênero vem ligado ao debate da desnaturalização das desigualdades entre homens e mulheres, compreendemos que seu pensamento é dinâmico o que possibilita uma análise sobre as verdades construídas (Biroli, 2018).

Há um jogo de poder e saber, uma dinâmica móvel de forças e estratégica, a qual se move por diagramas compostos por uma multiplicidade de linhas heterogêneas. Com efeito, há uma disputa de verdades e relações que as colocam em hierarquias provisórias, nos jogos corporativistas, nas construções de hegemonias, nas buscas de legitimidade e afirmações dos efeitos das verdades e de uma política histórica dos saberes-poderes, conforme Foucault (1979).

Segundo Saffioti (1999, p 105), não existe uma unanimidade quando o tema é feminismo, pois existem vários movimentos com posicionamentos diversos e, por vezes, até contrários, seja no que tange a teoria

ou a organização. Para Bittencourt (2015, p. 198) é inexistente o histórico do movimento feminista na sua diversidade e complexidade histórica, o que temos são composições de forças sobre um determinado período histórico fragmentado e ainda pouco aprofundado.

Com efeito, há de se ter, no caso, uma abertura à racionalidade de apreensão que seja anterior ao reconhecimento e possibilite a produção de lugares outros de vida, os quais permitam enfrentamento das sujeições e violências contra as novas formas de existência. Assim, busca-se ampliar as lentes em termos de complexidade para as práticas que tornam a vida cada vez mais precária por meio de interpretações pautadas em gramáticas causais e reducionistas. Butler (2018) ressalta o quanto os quadros interpretativos atuais são muito limitados para uma analítica que interrogue aspectos diversos que compõem a violência contra a mulher e são deixados de lado em boa parte das intervenções realizadas diante desta realidade.

No bojo deste debate, é possível afirmar que o pessoal é político e os valores fabricados são alvo de uma partilha social, afetiva e cultural e este plano de compartilhamento tem relações de poder, saber e atos performáticos sustentadas por atravessamentos múltiplos de forças, ao acaso. O que é possível mapear são os efeitos destes processos sem congelá-los em um modelo e/ou padrão fixo e binário (Butler, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Desta forma, gênero é um ato performático e não uma ordem binária, natural e biológica, logo, intervir para romper preconceitos, discriminações, violações de direitos e violências é atuar na mediação da educação que performa sociabilidades e culturas na criação dos modos de existências. No Brasil, o investimento político e social sobre os corpos femininos se torna mais presente, principalmente a partir da entrada do século XX, quando as elites brasileiras buscaram, por meio de diversas práticas discursivas, expandirem padrões idealizados de corpo, de família e de mulher a todas as classes sociais, como tática para disseminar o controle e a disciplina na vida cotidiana (Biroli, 2018).

O processo de medicalização é um dos dispositivos disciplinares utilizado pelas “redes” para tornar o corpo das mulheres cada vez mais dóceis e úteis. No século XIX, os médicos higienistas, ao se apropriarem da

medicina francesa, criaram normas de condutas e comportamentos sociais com o objetivo de gerir a vida das mulheres, das crianças e dos homens.

Com a medicalização, o corpo feminino passa a ser um espaço de intervenção e de monopólio médico-psicológico. Sendo reforçado pelo argumento da reprodução biológica e do controle social com o objetivo de estabelecer modelos de comportamentos, que prevalecesse a hegemonia masculina, patriarcal e de classe da sociedade burguesa. Seu interesse maior passa a ser a prevenção e não mais a cura. O saber médico passa a "ocupar o papel de defesa generalizada da sociedade, ao mesmo tempo em que conquista o direito de ingerência na sexualidade familiar" (Foucault, 2011, p. 276).

Tendo um status de neutralidade, hegemonia, sinônimo de verdade, passando a controlar assim, o campo da sexualidade e da reprodução. O corpo feminino se torna subordinado ao controle médico-psicológico por meio das tecnologias disciplinares tão sutis que são pouco percebidas. Gerenciar os corpos de mulheres pelo marcador gênero biológico passou a ser adestrá-los para obedecer tanto às normas quanto para higienizar, padronizar valores e performances.

Na modernidade são estabelecidas novas técnicas de controle, vigilância e punição sobre os corpos. Desta forma, o corpo, a sexualidade e a subjetividade feminina foram submetidas aos mecanismos de poder e de subjetivação.

REFERÊNCIAS

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**.1. ed. São Paulo, Boitempo, 2018.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em massa.** São Paulo: Pólen, 2019.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória. Ensaios de Psicologia Social.** São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BURKE, P. **A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da. Historiografia.** São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero.** Feminismo e subversão de identidade. Tradução de Renata Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo**. Crítica da violência ética. Tradução de Regina Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.
BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**. Quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
BUTLER, Judith. **Vida precária.** Os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
CASTRO, Celso. **Pesquisando em Arquivos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
CERTEAU, Michel. A operação histórica. In: **História: Novos Problemas**. LE GOFF, J.; NORA, P. (Orgs.) 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.
CERTEAU, Michel de. **A escrita da História**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
CHARTIER, Roger. "Cultura popular": revisitando um conceito historiográfico. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 16, pp. 179-192, 1995.
CHARTIER, Roger. **A história ou a leitura do tempo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
COLLING, Ana Maria. **Tempos diferentes, discursos iguais**: a construção do corpo feminino na história. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2014. 114 p.
DAVIS, Ângela. **Estarão as prisões obsoletas?** Rio de Janeiro: Difel, 2018
DAVIS, Ângela. **A democracia da abolição. Para além do Império, das prisões e da tortura.** Rio de Janeiro: Difel, 2019.
DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
DUARTE, Constância Lima. Feminismo: uma história a ser contada. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (orga.). **Pensamento feminista brasileiro**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. pp. 25-47.
ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** a história da violência nas prisões. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.
FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2004.
FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 21 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. (Orgs.) **Corpo gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo. Petrópolis, Vozes, 2003.
GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (orga.). **Pensamento feminista brasileiro**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. pp. 237-258.
GOELLNER, Silvana Vilodre. Corpo. In: **Dicionário Crítico de Gênero**. Dourados: UFGD, 2015, p. 135.
HIRATA, Helena. (2014). Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, 26(1), 61-73.
HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.
HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade.** São Paulo: Martins Fontes, 2020a.
HOOKS, Bell. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020b.
LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.; PIANI, P.P.F. Pesquisa-intervenção e direitos humanos. Apontamentos arqueológicos e genealógicos na análise de documentos. In: **Revista Polis e Psique**; 5 (2): pp 48-58, 2015.
LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. In: **Pró-Posições**, Campinas - SP, v. 19, n. 02, p. 17-23, mai./ago. 2008.
_____, **Gênero, sexualidade e educação:** Uma perspectiva pós estruturalista. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1997.
MACHADO, L. Z. **Atender vítima, criminalizar violências**. Dilemas das delegacias da mulher. Série Antropologia, Brasília, Ed. UNB. 2002.

_____. Gênero, um novo paradigma? **Cadernos Pagu**, n. 11, pp.107-125, 1998.
MADEIRA, Felícia Reicher. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record, 1997.
MAGALHÃES, Lívia. A relevância dos dados do IPEA quanto à responsabilização da mulher vítima de estupro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 4038, 22 jul. 2014.
MATOS, Izilda S. de. Estudos de Gênero: percursos e possibilidades na historiografia contemporânea. In: **Cadernos Pagu** (11), p.67-75, 1998.
MOREIRA, Adilson. **Racismo recreativo.** São Paulo: Pólen, 2019.
PAES, Marilena Leite Paes. **Arquivo. Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
PEREIRA, P.A.P. Políticas públicas e necessidades humanas com enfoque no gênero. **Sociedade em Debate (UCPel)**, v. 12, p. 67-86, 2006.
PIRES, F. P. **O direito à mobilidade na cidade: mulheres, crianças, idosos e deficientes**. Brasília: UnB/SER, 2009.
POSTMAN, Neil. **O desaparecimento da infância.** Rio de Janeiro: Graphia, 1999.
RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**. A utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista - Brasil 1890-1930. São Paulo: Paz & Terra, 1985.
RAGO, Margareth. Práticas feministas em novos modos de subjetivação. In: **Revista Maracanan**. Rio de Janeiro, V.4; N.4; 2008. pp 15-35.
RIOS, Flávia. "A cidadania imaginada pelas mulheres afro-brasileiras: da ditadura militar à democracia". In: BLAY, Eva Alterman & AVELAR, Lúcia (orgas.) **50 anos de feminismo: Argentina, Brasil e Chile**. São Paulo: EdUSP, 2019. Pp 227-254.
SAFFIOTI, Helieth I.B, **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.
SAMARA, E. de & TUPY, I. S. S. T. **História, Documento e metodologia de pesquisa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
SANT'ANNA, Denise, "Descobrir o corpo: uma história sem fim". **Educação e realidade**, vol.25, jul.-dez., p. 49/58. Porto Alegre. [s.e.]. 2000.

SANT'ANNA, D. B. As infinitas descobertas do corpo. **Cadernos Pagú** (UNICAMP, Impresso), Campinas, v. 14, p. 235-249, 2000.
SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernida. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (orga.). **Pensamento feminista brasileiro**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. pp. 99-108.
SUDO, I. **De mulher para mulher: a lógica médica e o ato de amamentar como missão feminina.** 2004. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de janeiro, 2004.

A experiência da autonomia de mulheres que conceberam filhas(os) por meio de parto humanizado

Daniela Quaresma Fonseca Fernandes
Flávia Lorrana Cruz Pereira
Nicolly Nascimento Simioni Pinheiro
Lorena Schalken de Andrade

INTRODUÇÃO.

Durante as últimas décadas, ocorreram transformações na assistência ao parto, de uma experiência assistida por parteiras e mulheres da família, no ambiente doméstico, para um evento conduzido por médicos, em ambiente hospitalar, realizado através de intervenções tecnológicas. Tais transformações foram fundamentais para a contribuição da medicalização do parto e como consequência, na destituição da autonomia feminina, visto que o deslocamento da mulher como protagonista do parto para um papel secundário, regulado pelo saber médico, produziu impactos profundos na autonomia feminina (Cordeiro & Sabatino, 1997; Diniz, 2001; Tornquist, 2002).

Para além do contexto histórico, é importante compreender os aspectos interseccionais presentes nesse processo, essencialmente destacando o conceito da colonialidade do poder. Desse modo, mesmo após o fim da colonização, as estruturas de poder intrínsecas nas relações de controle de trabalho, recurso e produtos desse período, são perpetuadas na contemporaneidade. Assim, atualmente, as relações são construídas de acordo com a lógica da colonialidade, a qual inferioriza grupos sociais em prol da valorização do padrão eurocêntrico (Quijano, 2005).

Nesse sentido, a autora María Lugones (2020) disserta sobre o "sistema moderno-colonial de gênero", evidenciando que se fundamentou na agressiva e violenta inferiorização de mulheres. Discutindo a intersecção de gênero, classe, raça e sexualidade a partir de uma perspectiva decolonial feminista, para compreender as violências vivenciadas por mulheres, e a indiferença de homens diante de tais violências. Dessa forma, a autora ressalta a relevância de visualizar a estrutura e formação da

colonialidade do poder de maneira intrínseca à formação do sistema de gênero, ambos impostos historicamente.

Entretanto, Lugones (2020) aponta que a separação categorial altera os fenômenos sociais que existem na intersecção, promovendo a interpretação errada ao que se refere vivências de mulheres negras, pardas, pretas e indígenas, que não se encaixam na dita categoria "mulher", pois devido o histórico colonial patriarcal, é logo associada a uma imagem de um grupo dominante: a mulher branca, burguesa e heterossexual. Por isso, a autora reforça a necessidade de perceber gênero e raça intrínsecos e inseparáveis, para poder compreender as violências, silenciamentos e desumanização impostos pela colonialidade de gênero.

Diante disso, o corpo da mulher negra amazônida deve ser compreendido para além da identidade, como um símbolo de resistência ancestral africana e indígena. Nesse contexto, a autonomia reprodutiva dessas mulheres constitui um posicionamento político e coletivo, afinal, as mulheres negras amazônidas vivenciam um entrecruzamento de opressões, no qual o território também incorpora experiências coletivas específicas desse grupo. Nesse sentido, é imprescindível considerar a particularidade histórica e geográfica da Amazônia como condição estruturante das formas de resistência das mulheres negras da região (Farias, 2013; Câmara, 2017).

Farias (2013) também aponta que a resistência dessas mulheres se expressa por meio da reivindicação de uma identidade que articula ancestralidade, saberes tradicionais e organização comunitária. Portanto, a autonomia não se reduz a uma escolha individual, mas a um posicionamento político, fortemente atravessado por desigualdades históricas. Sendo assim, compreender a autonomia feminina no parto exige reconhecer os marcadores sociais que moldam quem pode - ou não - escolher ser ouvida e respeitada em sua experiência de parir.

Para além dessas dimensões, dados nacionais mostram que desigualdades territoriais no SUS continuam produzindo barreiras significativas de acesso, sobretudo entre mulheres negras e de baixa renda. Tomasielo et al. (2023) destaca que o acesso à saúde nas cidades brasileiras é profundamente marcado por desigualdades raciais e socioeconômicas, o que repercute diretamente na qualidade da atenção recebida e na efetivação da autonomia reprodutiva. Nesse contexto, as limitações de infraestrutura, a distribuição desigual de serviços e a fragmentação da rede pública

agravam as vulnerabilidades já existentes nas regiões periféricas e amazônicas, reforçando que a autonomia no parto não depende apenas de políticas, mas das condições concretas de acesso ao cuidado.

O Parto Humanizado é caracterizado por promover e respeitar o protagonismo feminino no processo de concepção, pois deve proporcionar assistência à parturiente, considerando seu desejo como o principal condutor durante o parto, atendendo as necessidades da mulher, e oferecendo atendimento de qualidade, por meio de uma relação de confiança e afetividade com a equipe que a atende, em que tais profissionais devem intervir apenas quando necessário, destacando sempre as escolhas da puérpera como fundamentais e primordiais para o processo (Ferreira et al., 2014).

Conforme Diniz (2005) a humanização do parto compreende sete dimensões. A primeira se refere à legitimidade científica da medicina, praticando técnicas baseadas em evidências durante o trabalho de parto. A segunda compreensão acerca da humanização, é a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento. O terceiro se refere a tecnologia adequada na saúde da população, considerando que a reivindicação de políticas públicas sobre o processo parturitivo é visualizada de forma coletiva.

Em seguida, a humanização como legitimidade profissional e corporativa, redirecionando os papeis e poderes na cena do parto. Ademais, humanização referida à legitimidade financeira, priorizando a racionalidade na utilização de recursos, evitando usos com técnicas desnecessárias. Outra perspectiva de humanização, está relacionada à legitimidade da participação da parturiente, considerando a importância da gentileza entre profissionais e puérpera. E por fim, a humanização como direito ao alívio da dor, em que dá direito a usuárias do SUS, a analgesia de parto, antes algo realizado mais no âmbito privado (Diniz, 2005).

É pertinente ressaltar que o parto humanizado está diretamente associado à garantia de direitos e à valorização das decisões femininas, levando em consideração uma abordagem mais segura, acolhedora e respeitosa. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem reforçado as políticas públicas que regulam o parto humanizado, a exemplo da Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que institui as diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Parto Normal, e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, que estabelece um modelo

de assistência pautado na integralidade do cuidado, garantindo atendimento digno e respeitoso à gestante e ao recém-nascido (Brasil, 2002; Brasil, 2015).

Recentemente, fortalecendo este cenário, houve um avanço significativo no campo das políticas públicas de saúde, a mudança foi oficializada com a sanção da Lei nº 15.126, em abril de 2025, em que passou a ser obrigatório o compromisso a escuta qualificada, a valorização da autonomia dos usuários e o respeito às especificidades de cada indivíduo, princípios legais do SUS. Reforçando o cuidado humanizado à gestante e ao bebê, com base em valores como dignidade, vínculo e participação ativa da mulher no processo de parto, além de contribuir para o fortalecimento do protagonismo feminino no campo obstétrico (Agência Senado, 2025).

Assim, esta pesquisa propõe responder à seguinte pergunta norteadora: Como a literatura brasileira científica tem abordado a autonomia e a experiência de mulheres no processo de parto humanizado? E com objetivo geral: Compreender a percepção das mulheres sobre sua autonomia no processo de parto humanizado. E como objetivo específico identificar os desafios ainda existentes para a efetiva implementação do modelo humanizado de assistência obstétrica.

METODOLOGIA.

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) é uma metodologia que oferece a organização do conhecimento e a integração da aplicabilidade de resultados de estudos importantes na prática (Souza *et al*., 2010). De acordo com as autoras, é a mais ampla abordagem metodológica relacionada às revisões, pois permite a inclusão de estudos com diferentes delineamentos, possibilitando uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado.

Procedimentos metodológicos.

A realização da presente Revisão Integrativa da Literatura seguiu os seguintes passos: 01) Elaboração da questão norteadora; 02) Busca na literatura; 03) Classificação dos estudos; 04) Análise dos estudos inseridos na revisão; 05) Interpretação dos resultados; 06) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Bases de dados utilizadas.

A busca dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), por serem plataformas amplamente utilizadas na área da Psicologia e das ciências da saúde, além de reunirem publicações nacionais relevantes sobre o tema.

Descritores.

Para a busca da literatura nas bases de dados, foram aplicados os seguintes descritores: "Parto Humanizado", "Humanização", "Autonomia", "Mulher" e "Parto". Assim, tais descritores foram utilizados nas bases, por meio de combinações de duplas ou trios, sendo utilizado o operador booleano "AND", como também o operador "OR" para palavras semelhantes.

Critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos na pesquisa artigos que abordassem a percepção das mulheres sobre autonomia e experiência no processo de parto humanizado, publicados no período de 2020 a 2025, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, além de redigidos em língua portuguesa e realizados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Optou-se por delimitar o recorte temporal recente com o objetivo de contemplar produções atualizadas que refletissem as transformações contemporâneas nas práticas de humanização do parto no contexto brasileiro.

Foram excluídos da revisão artigos internacionais, pesquisas que abordam partos humanizados realizados em hospitais particulares, estudos duplicados entre as bases de dados e artigos que não atendem aos objetivos da pesquisa. Essa delimitação visou concentrar a análise em produções nacionais que representam de forma mais fidedigna a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e o cenário público de atenção ao parto humanizado no Brasil.

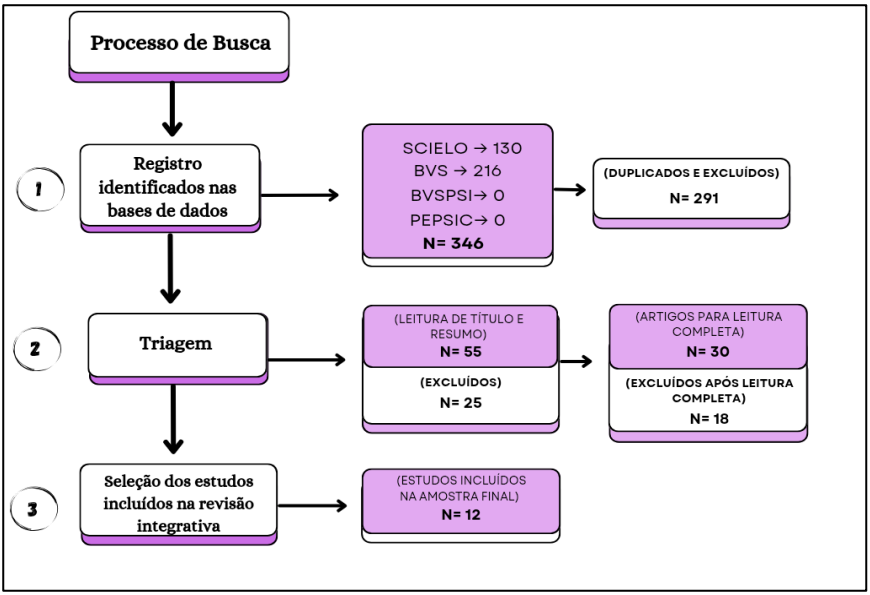
Levantamento dos dados.

Os artigos incluídos foram analisados segundo o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), permitindo identificar regularidades,

significados e categorias emergentes a partir das produções científicas. A partir dessa análise, emergiram temáticas, que orientaram a discussão dos resultados: Autonomia e protagonismo em Centros de Parto Normal (CPN), a importância de considerar a interseccionalidade no processo de parto humanizado e desafios para a promoção e efetivação do parto humanizado no SUS. Por se tratar de uma revisão integrativa de literatura, esta pesquisa não envolveu seres humanos ou coleta de dados empíricos, estando dispensada de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O Fluxograma 1 apresenta o percurso metodológico de identificação, triagem e seleção dos estudos.

Fluxograma 1 – Etapas do processo de produção.



Fonte: As autoras, 2025.

As buscas foram realizadas nas bases de dados BVS, BVSPSI, SciELO e PEPSIC, totalizando quatro bases consultadas. Contudo, nas bases BVSPSI e PEPSIC, não foram identificados estudos que atendessem aos critérios de busca estabelecidos.

Ao longo do processo, foram identificados 216 artigos na base BVS e 130 na SciELO, totalizando 346 registros. Após a exclusão das duplicações e leitura dos títulos e resumos, 55 artigos permaneceram, dos quais 30 foram selecionados para leitura completa. Destes, 12 artigos atenderam integralmente aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final da revisão integrativa.

A seguir, apresentaremos os resultados e discussões dos artigos e discutiremos os tópicos temáticos encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES.

Durante o processo de busca e análise dos artigos, observou-se uma escassez significativa de estudos que abordassem diretamente a autonomia e o protagonismo da mulher em seu processo de parto. A maioria das produções encontradas concentrava-se no olhar biomédico e institucional sobre as boas práticas de humanização, priorizando condutas profissionais e aspectos técnicos da assistência. Nas bases específicas da Psicologia, como a BVS Psi e a PePSIC, não foram localizados estudos que relacionassem diretamente o parto humanizado à dimensão subjetiva da autonomia feminina, o que evidencia uma lacuna importante no campo. Essa ausência reforça a necessidade de ampliar o debate interdisciplinar sobre o parto como experiência psicossocial e de reafirmar o protagonismo da mulher em um momento tão significativo de sua trajetória.

Essa escassez pode decorrer de múltiplos fatores estruturais. Primeiramente, da predominância histórica do modelo biomédico, que centraliza o saber médico majoritariamente masculino como detentor legítimo das decisões sobre o corpo da mulher, sustentando práticas que reproduzem relações hierárquicas e, em muitos casos, misóginas. Essa lógica institucional não apenas reforça a autoridade médica como figura de poder, mas também se articula a interesses econômicos e ao caráter lucrativo das intervenções obstétricas, tornando pouco estimulante, para o sistema hegemônico, a valorização de abordagens que devolvam protagonismo às mulheres.

Além disso, a negligência dos aspectos sociais, culturais e subjetivos da experiência feminina contribui para que pesquisas priorizem variáveis técnicas e não as vivências reais das gestantes. Por fim, somam-se os obstáculos metodológicos próprios da Psicologia para investigar fenômenos

complexos como autonomia, violência simbólica e relações de poder no contexto obstétrico, o que limita a produção científica voltada à compreensão da experiência materna em sua integralidade.

Desta forma, a tabela a seguir apresenta as principais informações dos estudos utilizados para a construção desta revisão integrativa.

Tabela 1 - Apresentação dos principais dados dos artigos selecionados.
Fonte: As autoras, 2025.

Título	**Ano**	**Fontes**	**Base de Dados**	**Autores**	**Região de Realização da Pesquisa**	**Objetivo**
Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto.	2023	Revista Baiana de Enfermagem	SCIELO	Thaís Emanuelle Bomfim Aragão; Amália Nascimento do Sacramento Santos	Maternidade Pública da Bahia	Apresentar as percepções de puérperas negras sobre os cuidados recebidos durante o parto
Percepções de puérperas sobre práticas educativas desenvolvidas em um Centro de Parto Normal: um estudo descritivo-exploratório	2022	Cogitare Enfermagem	SCIELO	SILVA CA da, Rodrigues DP, Alves VH, Silva SED da, Carneiro MS, Parente AT, Moura LD de O.	CPN Haydeê Pereira Sena, da região metropolitana do Pará	"Descrever as percepções de puérperas acerca de práticas educativas em CPN"
Concepções de mulheres	2025	Revista de Pesquisa: Cuidado é	BVS	Castro, M. S.; Esteves, A. V.	Centro de Parto Normal Intra-	Descrever percepções de

assistidas por enfermeiros obstetras no Centro de Parto Normal intra-hospitalar		Fundamental (UNIRIO)		F.; Franco, P. C.; Pereira, M. S. S.	hospitalar (CPNI)-Manaus (AM)	mulheres sobre o parto humanizado e o cuidado de enfermeiras obstetras
Práticas de assistência ao parto e nascimento na perspectiva de gestantes com COVID- 19	2023	Revista de Enfermagem Referência	SCIELO	Chaves, J., Pinto, N. V., Albuquerque, C. M., Silva, A. R., Rolim, K. M., & Frota, M. A.	Serviço de Obstetrícia de um hospital público brasileiro.	Compreender a percepção das grávidas com a COVD- 19 sobre a aplicabilidade das boas práticas de cuidado para o parto e nascimento
Percepção de puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal público de Pernambuco	2021	Revista Nursing	BVS	Santos, R. S.; Santos, T. M. R.; Nascimento, J. W. A.; Lira, M. E. S.; Medeiros, J. S.; Jesus, S. B.	Centro de Parto Normal de Paudalho (CPNP)-(PE)	Analisar a percepção de puérperas sobre o parto humanizado em um Centro de Parto Normal público.
Vivências das puérperas no Centro de Parto Normal	2023	Revista Baiana de Enfermagem	SCIELO	Araujo TLL, Gonçalves RL, Santos SMP, Colaço EO, Fonseca ENR,	Centro de Parto Normal de um município do Agreste Paraibano	Compreender a vivência das puérperas na parturição no Centro de Parto Normal de

				Noronha JAF, et al.		um município do Agreste Paraibano
Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização	2021	Revista de Enfermagem UFSM	BVS	Gonzalez, R. K.; Prates, L. A.; Schmalfuss, J. M.; Lipinski, J. M.; Escobal, A. P. L.; Silva, S. C.	Hospital filantrópico conveniado ao SUS e 16 Estratégias Saúde da Família de Santa Maria (RS)	Analisar experiências de puérperas sobre práticas de atenção ao parto e condutas que favorecem ou violam a humanização
Grupo centrado: experiência com mulheres na vivência do ciclo gravídico-puerperal	2024	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde	BVS	Barbalho, L. B.; Magalhães, L. C. M.	Unidade Básica de Saúde (UBS) (MG)	Compreender vivências e sentidos atribuídos por mulheres ao ciclo gravídico-puerperal sob abordagem centrada na pessoa
Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola	2020	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde	BVS	Isabella Kolln Genero; Karolina Reis dos Santos	Hospital público do Paraná	Compreender a percepção das mulheres sobre o atendimento ofertado em um hospital-escola público

Qualidade da assistência ao parto na percepção da mulher assistida na rede pública de saúde	2024	Revista Nursing	BVS	Giovana Bonfim Viana, Grace C. V. Cozer, Maria E. F. F. Rodrigues, Natalia R. da Silva, Léa D. R. de Oliveira	Maternidade vinculada ao SUS, no interior de São Paulo	Levantar e analisar a perspectiva de mulheres acerca da assistência recebida durante o parto em um Centro de Parto Normal da rede pública
Representações das puérperas frente à assistência ao seu parto: estudo descritivo	2020	Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)	BVS	Pinto K. R. T. F.; Zani A. V.; Bernardy C. C. F.; Parada C. M. G. L.	Maternidades públicas do Sul do Brasil	Analisar a qualidade da atenção ao parto e identificar práticas assistenciais pautadas (ou não) nas boas práticas recomendadas pela OMS
Trajetória de mulheres assistidas em centro de parto normal e sua relação com escolhas terapêuticas	2021	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	BVS	Débora Lucas Viana Gonçalves; Síntia Nascimento dos Reis; Luís Paulo Souza e Souza; Kleyde Ventura de Souza	Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte (MG)	Conhecer as trajetórias de mulheres assistidas em um Centro de Parto Normal (CPN)

A partir da análise dos artigos selecionados, emergiram 3 temáticas, que orientaram a discussão dos resultados: Autonomia e protagonismo em Centros de Parto Normal (CPN), a importância de considerar a interseccionalidade no processo de parto humanizado e desafios para a promoção e efetivação do parto humanizado no SUS.

Ao observar os anos de publicação dos estudos incluídos, especialmente aqueles produzidos entre 2020 a 2023, nota-se que parte significativa das pesquisas ocorreu durante o contexto da pandemia de COVID-19, ainda que esse não fosse o foco central dos artigos. Esse recorte temporal não pode ser desconsiderado, pois o período pandêmico impactou diretamente a assistência obstétrica no SUS, com repercussões importantes para a autonomia e o protagonismo das mulheres durante o parto. A pandemia alterou fluxos de atendimento, restringiu acompanhantes, reduziu práticas de educação em saúde e aumentou a sensação de isolamento e insegurança das gestantes, o que pode ter interferido nas percepções relatadas nos estudos analisados.

Mencionar essa intersecção temporal contribui para situar os achados da revisão no cenário histórico em que foram produzidos e reforça que parte das dificuldades identificadas como fragilidades no acolhimento, comunicação limitada e maior controle institucional pode decorrer das restrições e reorganizações impostas pelo período pandêmico, ainda que os artigos não explorem esse aspecto como eixo temático principal.

AUTONOMIA E PROTAGONISMO EM CENTROS DE PARTO NORMAL (CPN).

Entre os artigos selecionados para a presente revisão integrativa, 6 estão relacionados com pesquisas feitas com mulheres que pariram em Centros de Parto Normal (CPN). Nesse sentido, o CPN surge como uma estratégia do SUS para promover atenção humanizada e qualificada no cuidado e atendimento de mulheres durante o trabalho de parto e pós-parto (Silva et al, 2022). Sobre o local, Araújo (2023) destaca o ambiente como um lugar que fornece conforto, visando promover confiança nas gestantes e familiares/acompanhantes, seja pela estrutura física, a qual remete a um ambiente mais domiciliar, seja pelo tratamento ofertado pela equipe, que possui como objetivo respeitar e atender as

necessidades das mulheres. Diante disso, é válido refletir se a autonomia das mulheres realmente é respeitada e promovida nesse ambiente.

Nesse sentido, Viana et al (2024) evidenciam em sua pesquisa o grau de satisfação ou insatisfação das mulheres sobre a assistência recebida em um CPN localizado no interior de São Paulo, a pesquisa apresentou resultados com alto índice de satisfação relacionadas às informações recebidas acerca de métodos não farmacológicos para mitigação da dor, como também sobre o direito de ter um acompanhante e comunicação assertiva e respeitosa com a equipe. Porém, a pesquisa apresentou redução na satisfação das mulheres sobre o uso dos métodos não farmacológicos, e sobre o que tange à liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto, ocorrendo falta de encorajamento da equipe para a mulher escolher a posição mais confortável para parir. Além disso, algumas participantes relataram dificuldade com a equipe, quando não escolheram o parceiro como acompanhante, sendo ressaltado o uso do toque vaginal como uma das queixas com maior predominância.

Evidenciando que mesmo em um ambiente criado para o cuidado e assistência humanizada, ainda ocorrem práticas que não respeitam a autonomia das mulheres durante o processo de parturição. Isto é, ocorre uma divergência entre as políticas públicas voltadas para a humanização, com a prática profissional da equipe que deveria seguir essas diretrizes institucionais, mas não seguem. Assim, é perceptível que práticas humanizadas ainda dependem mais da conduta profissional individual das equipes, do que das políticas institucionais consolidadas.

Em contrapartida, na pesquisa realizada em um CPN de Pernambuco, foi ressaltado pelas participantes o quanto se sentiram acolhidas, possuindo liberdade para se movimentarem durante o trabalho de parto, no qual receberam orientações da equipe para o bom andamento do processo. Assim, os autores enfatizaram que tal cuidado humanizado dentro do CPN, favoreceu o protagonismo da mulher, corroborando em uma experiência positiva para as participantes (Santos, 2021).

De acordo com Araújo et al (2023) o fato do CPN ser um local intimista e respeitar a presença de acompanhante foi fundamental para as participantes da pesquisa realizada no CPN do Agreste Paraibano, visto que os resultados evidenciaram que o cuidado recebido foi permeado por uma assistência com respeito às suas escolhas, sua autonomia e protagonismo, ocorrendo a efetivação das práticas humanizadas durante o parto,

como a realização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como massagens durante as contrações, motivação e acolhimento das enfermeiras obstétricas, as quais respeitavam e orientavam as mulheres a ficarem nas posições que se sentissem mais confortáveis, além do uso de musicoterapia, corroborando em sentimentos que tornaram o momento do parto mais positivo e prazeroso.

Ainda sobre experiências de mulheres em CPN, Castro et al (2025) em pesquisa realizada em um CPN intra-hospitalar, no Amazonas, reforça que mesmo dentro de um ambiente hospitalar, o qual colabora com uma maior institucionalização, ocorreu uma prática humanizada, embasada no cuidado e assistência às parturientes, as quais se sentiram respeitadas como participantes ativas durante o trabalho de parto.

Para Gonçalves et al. (2021) na pesquisa realizada em um CPN de Belo Horizonte, também foi perceptível a satisfação das mulheres com relação a liberdade para mudar de posições durante o parto, a sensação de acolhimento em decorrência da relação com a equipe de enfermeiras obstétricas, a estrutura do CPN como local acolhedor que remete a casa, a algo mais particular, com privacidade. Porém, algumas mulheres refletiram sobre a dificuldade para a escolha do CPN ser respeitada, pelos familiares ou pelo companheiro, visto que tais mulheres tiveram que convencer essas pessoas de que tal escolha era válida.

Desse modo, é importante ressaltar a dificuldade da mulher de exercer protagonismo frente suas escolhas não só no momento do parto, mas como tal autonomia sobre si perpassa por vários processos de subjetivação em que a mulher é ensinada e subjetivada a ocupar lugar de subordinação e passividade ao longo da sua vida. Nesse sentido, nos estudos de Gonçalves et al. (2021) é exposto a relevância das mulheres buscarem informações acerca do CPN e do processo de parto humanizado, não só para fazer uma escolha segura, mas também para desenvolver um discurso de defesa sobre suas escolhas.

Assim, fica evidente a relevância do CPN para a assistência e cuidado humanizado no trabalho de parto, sendo um local que deve respeitar e promover autonomia da mulher durante todo o processo. Porém, também é válido refletir sobre os processos subjetivos que desestimulam e deslegitimam tal mulher não só nesse momento de parir, mas nas suas trajetórias pessoais, ou seja, é válido refletir e promover práticas que irão empoderar essa mulher para o trabalho de parto, já que é de suma

importância ela ter uma voz ativa nesse momento, porém tal voz não é validada e estimulada para ser ativa ao longo da sua vida.

Diante disso, a educação em saúde destaca-se como uma importante estratégia para estimular a autonomia e participação ativa da mulher no trabalho de parto. O que é destacado por Silva et al. (2022), salientando a importância da educação em saúde para a promoção do protagonismo da mulher nesse momento, visto que a partir das práticas educativas durante o pré-natal, a puérpera consegue ter mais confiança em si e em suas escolhas para o parto. Assim, os autores concluem que fornecer conhecimento é uma importante estratégia para promover autonomia e empoderar as puérperas durante o trabalho de parto. A pesquisa realizada no Pará, evidenciou a importância da comunicação de forma clara e respeitosa durante o parto, visto que devido a explicação da equipe de enfermeiras obstétricas sobre o motivo dos toques, o porquê da demora no processo, dando orientações acerca de movimentos e técnicas de respiração, entre outras recomendações recebidas pelas mulheres na pesquisa, ocasionou na promoção de bem-estar delas no trabalho de parto.

A IMPORTÂNCIA DE CONSIDERAR A INTERSECCIONALIDADE NO PROCESSO DE PARTO.

Analisar de forma interseccional torna possível compreender como diferentes marcadores sociais se articulam e definem as experiências de autonomia no trabalho de parto. Para isso é necessário dialogar com a produção teórica de mulheres que têm contribuído para a percepção crítica das desigualdades no âmbito da saúde, dos direitos reprodutivos e da experiência do parto. No contexto brasileiro, Carla Akotirene (2019) afirma que a interseccionalidade não é meramente a soma de opressões, mas a forma estrutural como raça, gênero, classe e território se sobrepõem na vivência das mulheres negras. Sendo assim, é possível compreender por que as desigualdades se perpetuam no corpo dessas mulheres através de negligências, controle e silenciamentos.

Os marcadores sociais mais predominantes nos 12 artigos analisados foram acesso à informação (8), escolaridade (6), violência obstétrica (6) e região (11). Raça (4), idade (5) e vulnerabilidade social (4) também apareceram, mas com pouco destaque, enquanto renda/classe (2) foi o marcador menos explorado. Sendo assim, essa distribuição ratifica o que

Akotirene (2019) e Lugones (2020) abordam: que as experiências de parturição são fortemente desiguais e se arranjam a partir de estruturas sociais.

Escolaridade e acesso à informação.

De acordo com Rocha e Ferreira (2022), a autonomia no processo de parto está relacionada à oportunidade de a mulher acessar informações compreensíveis e exercer sua tomada de decisão. Estudos como o de Castro, L. et al. (2025) e Barbalho, M.; Magalhães, A. (2024) evidenciam que a presença de orientações sobre o processo de parto favoreceu a participação ativa das mulheres nas decisões. Em contrapartida, pesquisas como a de Aragão, T. E. B; Santos, A. N. S. (2023) e Chavez, J. et al. (2023) mostram como a ausência de informações gerou experiências de desamparo.

Nos estudos incluídos, a escolaridade apareceu em 6 artigos, indicando perfis variados. De modo geral, há uma predominância de mulheres com baixa a média escolaridade. No entanto, tal fator foi pouco analisado como aspecto que influencia na autonomia ou na experiência de parto. Porém, Leal et al. (2014) apontam que mulheres com maior escolaridade têm melhor acesso às boas práticas de atenção ao parto e menor exposição a intervenções obstétricas desnecessárias, quando comparadas às mulheres com menor escolaridade.

Região e desigualdades territoriais.

Foi identificada, em 11 dos 12 artigos incluídos, a região de realização dos estudos. Observou-se predominância das regiões Nordeste, Sul e Sudeste de forma equilibrada. Já a região Norte aparece em dois artigos, enquanto na região Centro-Oeste, não foram identificados estudos. Chaves & César (2019), denunciam como a história da Amazônia é permeada de um silenciamento sistemático das mulheres amazônicas - herança da colonização e da desigualdade de gênero - tornando possível estabelecer uma relação entre a quantidade de artigos realizados na região Norte e a invisibilização das vivências amazônicas no cenário nacional. Como argumenta Carla Akotirene (2019), o território não pode ser analisado isoladamente, já que raça e classe se articulam na produção de desigualdades estruturais que permeiam as experiências das mulheres.

Não há análises aprofundadas sobre desigualdades territoriais nos artigos utilizados. Porém, segundo Sonia Fleury (2011), as diferentes capacidades de oferta de serviços são estruturadas pelas desigualdades regionais, e como consequência, o lugar de residência vai determinar a disponibilidade de assistência e o tipo de cuidado possível para os sujeitos. A partir disso, pode-se argumentar que mulheres que vivem em regiões com pouco investimento na rede de saúde pública, menos profissionais e grande dispersão geográfica possuem maiores chances de experimentar o processo reprodutivo com pouca ou nenhuma autonomia nas decisões sobre seu parto.

Raça e vulnerabilidade social.

O marcador social raça foi encontrado em 4 estudos, os quais mostram mulheres negras com predominância. Contudo, é importante mencionar que nenhum dos artigos desenvolve uma discussão aprofundada sobre raça. É essencial refletir que mulheres negras estão mais propensas a serem negligenciadas, desrespeitadas e violentadas nos serviços de saúde (Werneck, 2016). Sendo assim, a ausência de interpretação crítica em estudos que mostram predominância de mulheres negras denuncia a invisibilização dos impactos do racismo nessas mulheres e em suas vivências de gestar e parir.

Violência obstétrica.

Algumas formas de violência obstétrica foram mencionadas em 6 dos 12 artigos analisados, apresentando-se através de intervenções sem consentimento, toques repetidos, negação do direito a acompanhante, ausência de informações sobre o pré-parto e parto, e peregrinação por diferentes serviços. Para Zanardo et al. (2017) a violência obstétrica se expressa através da cultura tecnocrática do parto, que coloca a mulher como objeto de intervenção, afetando sua autonomia e participação no processo parturitivo. Carla Akotirene (2019) acrescenta com a perspectiva interseccional que para mulheres negras, pobres e periféricas há barreiras adicionais e maior risco de negligência, o que torna essas práticas ainda mais graves e estruturalmente determinantes.

Idade e condições geracionais.

De modo geral, a idade das mulheres variou entre 18 e 35 anos, sobretudo o grupo entre 25 e 30 anos. Dois artigos apresentaram a média de idade de 26 anos, enquanto um estudo destacou mulheres a partir dos 18 anos, sem detalhamentos. Somente um estudo exibiu uma faixa etária entre 19 e 35 anos. De acordo com os dados obtidos, a maioria das mulheres encontra-se na fase adulta jovem. Ainda que os estudos não tenham discutido a idade e a relação desse marcador com as experiências de parto, Leal et al. (2014) articulam que mulheres mais jovens podem apresentar maior insegurança informacional e institucional, o que pode comprometer a autonomia perante as decisões relativas ao parto.

DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO E EFETIVAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO NO SUS.

A análise dos estudos evidencia que, apesar dos avanços normativos no campo da humanização, o parto no SUS ainda é atravessado por obstáculos que fragilizam a autonomia das mulheres e limitam a efetivação de práticas baseadas no cuidado respeitoso. Os artigos convergem ao mostrar que práticas intervencionistas e decisões tomadas sem consentimento permanecem como um dos principais entraves. Esse tipo de vivência aparece em diferentes contextos analisados, indicando que a violação do direito à informação não é um evento isolado, mas uma marca persistente do modelo assistencial.

As fragilidades no pré-natal educativo também aparecem de forma consistente nos estudos. Castro et al. (2025), ao analisarem o CPN intrahospitalar de Manaus, chegam a conclusões semelhantes, em que a falta de orientação continuada compromete a capacidade das gestantes de participarem ativamente das decisões durante o parto. Essa dimensão crítica dialoga com o próprio estudo, que embora descreva avanços no cuidado intraparto, também evidencia lacunas anteriores, especialmente na fase educativa do pré-natal. Portanto, foi observado que a autonomia não se constrói apenas no momento do nascimento, mas ao longo de um processo em que muitas mulheres chegam ao serviço sem informações suficientes. A insuficiência dessas orientações contribui para sentimentos de insegurança, dependência e vulnerabilidade no momento do parto.

As dificuldades de acesso e organização dos serviços também atravessam os relatos. Na Maternidade Pública da Bahia, uma mulher descreve:

> "Eu cheguei no Hospital às 8 da manhã... fui atendida às 12h30" (Aragão & Santos, 2023, p. 4).

Essa experiência de demora, peregrinação e ausência de acolhimento reforçam que as barreiras institucionais impactam diretamente a percepção de cuidado. Estudos de Gonzalez et al. (2021) e Genero e Santos (2020) demonstram que, em muitos hospitais públicos, fluxos engessados, comunicação insuficiente e ambientes pouco acolhedores intensificam o sentimento de desamparo.

Além desses aspectos estruturais e organizacionais, um elemento que intensificou tais fragilidades foi a pandemia de COVID-19, a qual acentuou essas fragilidades. Nas análises de Chaves et al. (2023), mulheres relataram perda de autonomia, impossibilidade de escolha e isolamento extremo. Uma delas afirma:

> *"Me senti sem autonomia, não pude escolher nada, meu grande sonho era ter parto normal e humanizado, tanto que pesquisei muito na internet sobre isso sabe."* (Chaves et al., 2023, p. 5).

Enquanto outra relata:

> *"Fiquei sozinha na sala de parto e só fui ver minha bebê quando recebi alta, passei 16 dias sem nem poder ver"* (Chaves et al., 2023, p. 5).

Esses depoimentos revelam que, em cenários de crise, direitos historicamente conquistados como acompanhante, presença contínua, contato pele a pele foram facilmente suspensos, mostrando que a humanização ainda depende de condições institucionais frágeis.

Ao serem colocados em conjunto, os estudos indicam que práticas institucionalizadas que não respeitam a autonomia de mulheres, porém que foram naturalizadas históricamente, como comunicação autoritária, intervenções sem explicação, falta de privacidade, rotinas rígidas e relações de poder, permanecem atravessando a assistência obstétrica. Mesmo quando há avanços de políticas públicas nesse cenário, tais mudanças dependem da postura da equipe, perpassando pela consolidação

institucional da humanização. Assim, a promoção do parto humanizado no SUS enfrenta desafios que não se limitam à estrutura física, mas dizem respeito a modelos de cuidado profundamente enraizados.

CONCLUSÃO.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender a percepção das mulheres sobre sua autonomia no processo de parto humanizado. Nesse sentido, de acordo com os artigos revisados, pode-se oncluir que há uma pluralidade na vivência das mulheres de gestar e parir, mesmo no contexto do parto humanizado. Sendo inegociável analisar os marcadores sociais que se articulam entre si para compreender a percepção das puérperas sobre seu pré-parto e parto. Dessa forma, a autonomia no processo de parto humanizado, mesmo que preconizada pelo SUS, não é suficiente para efetivamente garantir o direito ao planejamento reprodutivo e atenção integral e humanizada ao parto. A efetivação da autonomia feminina requer mais do que diretrizes e protocolos. Exige transformação ética, relacional e organizacional dos serviços, garantindo que as mulheres sejam reconhecidas como sujeitos ativos de seus processos de parto e gestação.

Os resultados encontrados nesta revisão expressam a necessidade de investimentos na formação dos profissionais de saúde da rede pública, de maneira que possibilite práticas de atenção ao parto que sejam verdadeiramente comprometidas com a humanização e com a autonomia feminina. Para além disso, grande parte da produção científica sobre parto humanizado foi encontrada na área da enfermagem, enquanto a Psicologia ainda apresenta pouco engajamento para fortalecer a atenção integral à gestante, promover direitos reprodutivos e combater vieses institucionais que ainda caracterizam a assistência obstétrica brasileira.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Atenção humanizada passa a ser princípio legal do SUS**. Senado Notícias, Brasília, 29 abr. 2025. Disponível em: < https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/04/29/atencao-humanizada-passa-a-ser-p rincipio-legal-do-sus >.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

ARAGÃO, Thaís E. B.; SANTOS, Amália N. do S. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, p. e46421, 2023.
ARAÚJO, Thais Luana de Lima et al. Vivências das puérperas no centro de parto normal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, 2023.
BARBALHO, Adriana M.; MAGALHÃES, F. C. Grupo centrado: experiência com mulheres na vivência do ciclo gravídico puerperal. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, p. e5377, 2024.
BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Institui as diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Parto Normal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jan. 2015. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html >.
CÂMARA, Flávia D. da S. **Mulheres negras amazônidas frente à cidade morena**: o lugar da Psicologia, os territórios de resistência. 2017. 216 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
CASTRO, M. S. de *et al.* Conceptions of women assisted by obstetric nurses in the in-hospital normal birth center. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 17, p. e-13570, 2025.
CHAVES, Fabiana N.; CÉSAR, Maria R. de A. O silenciamento histórico das mulheres da Amazônia brasileira. **Revista Extraprensa**, v. 12, n. 2, p. 138-156, 2019.
CHAVES, Jéssica *et al.* Práticas de assistência ao parto e nascimento na perspetiva de gestantes com COVID-19. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 6, n. 2, p. 1-7, ago. 2023.
CORDEIRO, Silvia N.; SABATINO, Hugo. A humanização do parto. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta (orgs.). **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 280-317.
DINIZ, Carmen S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 365

f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
DINIZ, Carmen S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, supl. 1, p. 627-637, 2005.
FARIAS, Degiane da S. **Entre o parto e a bênção**: memórias e saberes de mulheres que partejam. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Linguagens e Saberes na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Bragança, 2013.
FERREIRA, Kely M.; MACHADO, Larissa V.; DO AMPARO MESQUITA, Maria. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014.
FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. esp., p. 45-52, 2011.
GENERO, Sabella K.; SANTOS, Karolina R. dos. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n. 3, p. 261-279, nov. 2020.
GONÇALVES, D. L. V. *et al*. Trajetória de mulheres assistidas em centro de parto normal e sua relação com escolhas terapêuticas. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 11, e4139, 2021.
GONZALEZ, Pâmela da R. *et al*. Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, e37, 2021.
LEAL, Maria do C. *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S47, 2014.
LUGONES, Maria. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloisa B. de (org.). **Pensamento feminista hoje**: **perspectivas decoloniais.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata C. de C. P.; GALVÃO, Cristina M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

PINTO, Keli Regiane T. da F. *et al*. Representações das puérperas frente à assistência ao seu parto: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 4, 2020.
QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber**: etnocentrismo e ciências sociais – Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 107-126.
ROCHA, Nathália F. F. da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 556-568, 2022.
SANTOS, R. S. *et al*. Percepção de puérperas atendidas em um centro de parto normal público de Pernambuco. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 280, p. 6169-6178, 2021.
SILVA, C. A. da *et al*. Percepções de puérperas sobre práticas educativas desenvolvidas em centro de parto normal: estudo descritivo-exploratório. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, e82389, 2022.
SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
TOMASIELLO, Diego B. *et al*. **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. [S.l.]: [s.n.], 2023.
TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era**: **natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.
VIANA, Giovana B. *et al*. Qualidade da assistência ao parto na percepção da mulher assistida na rede pública de saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 26, n. 300, p. 5868-5881, mar. 2024.
WERNECK, Jurema. Racismo e saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356, 2016.
ZANARDO, Gabriela L. de P. *et al*. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. 218-228, 2017.

Estado e filantropia "de mãos dadas no combate à mortalidade infantil" no Piauí (1930-1945)

Francilene Teles da Silva Sousa

INTRODUÇÃO.

No contexto brasileiro, a mortalidade infantil passou a constituir objeto de interesse nacional a partir de 1846, quando o tema foi debatido em uma reunião da Academia Brasileira de Medicina, realizada no Rio de Janeiro. Na ocasião, os higienistas do Império introduziram a temática para discussão, concentrando suas análises principalmente em dois eixos: a mortalidade infantil e as enfermidades pediátricas. As causas atribuídas à elevada mortalidade infantil incluíam fatores diversos, como as condições climáticas – a exemplo das variações de temperatura e umidade –, a incidência de enfermidades tropicais, a pobreza e práticas alimentares inadequadas (Alves, 2001).

A ideia de que a nação deveria ser composta por homens saudáveis e fortes ascendeu o interesse em criar orientações de ordem mental e física para nortear a criação das crianças. Assim, o controle e a fiscalização sanitária passaram a ser função do Estado. Diante disso, o surgimento do cientificismo bacteriológico foi uma importante ação na busca pelo declínio da mortalidade infantil, uma vez que antes mesmo de determinar quais agentes bacteriológicos provocavam doenças que levavam a mortalidade dos infantes a urbanização sanificadora reduzia o número de doentes e provocava a redução do número de mortes na primeira infância (Alves, 2001).

É preciso destacar que a desigualdade social, o desemprego e as doenças foram fatores que se somaram para que a popularização das medidas sanitárias não ocorresse de modo rápido. Médicos e sanitaristas brasileiros reconheciam como causa da mortalidade infantil a desnutrição, o consumo de alimentos contaminados, a ignorância dos pais e a pobreza. Em virtude disso, acreditam que eliminando algum desses fatores haveria redução dos efeitos dos outros.

O médico higienista brasileiro José Maria Teixeira publicou, em 1887, o primeiro texto científico abordando exclusivamente o problema da mortalidade infantil e as causas da mortalidade das crianças atribuindo a principal causa a escravatura e as perversões provenientes dela. No final do século XIX e início do século XX o Brasil apresentava, de movo geral, uma elevada mortalidade infantil (Teixeira, 1887). A mortalidade infantil passou a ser considerada como uma tragédia previsível e que não poderia ser aceita. A vida da criança e a sobrevivência infantil passaram a ser consideradas como problemas sociais e, portanto, médicos e governo deveriam unir-se para reverter esse quadro (Fonseca, 1993).

No Brasil, até a década de 1930, as iniciativas voltadas à área materno-infantil caracterizavam-se, em sua maioria, por ações de natureza benemérita ou filantrópica. Nesse período, tais iniciativas foram desenvolvidas predominantemente por instituições privadas, em razão da inexistência, até então, de uma atuação estatal sistemática e intensiva nesse campo (Fonseca, 1993). Desse modo, a constituição histórica da assistência social no país passou a ser marcada por arranjos de cooperação entre a sociedade civil e o Estado, os quais se consolidaram ao longo do tempo (Sanglard; Ferreira; Barreto, 2019).

A Mensagem de Natal proferida por Getúlio Vargas, em 1932, se tornou um chamamento público para que interventores por todo o país desenvolvessem em seus Estados ações em prol da proteção materno-infantil objetivando a redução da mortalidade infantil. No Piauí essas ações foram realizadas por meio da parceria entre Estado e associações filantrópicas, especialmente a Legião Brasileira de Assistência – LBA – liderada pela primeira-dama Maria do Carmo Mello, durante o governo de Leônidas Mello (1935-1945). As aspirações do Governo giravam ao redor da preocupação com a assistência no âmbito da infância dos brasileirinhos, compreendida dentro das esferas da educação, da saúde e do desenvolvimento social (Semana da Criança, 1943).

A delimitação cronológica adotada nesta pesquisa concentra-se na análise da parceria estabelecida entre o Estado e a filantropia no estado do Piauí, considerando o recorte temporal que inicia em 1930 e perdura até 1945. Esse recorte temporal compreende desde a inserção da criança como foco das ações sociais e filantrópicas no Estado. Trata-se de um contexto histórico marcado por um regime de caráter autoritário, cujo projeto político estava voltado para o desenvolvimento e a modernização

do país, demandando, para tal, o engajamento e a submissão da sociedade. Esse processo atingiu diversos aspectos do cotidiano da população piauiense, refletindo-se nas práticas sociais e institucionais da época.

O estudo propõe analisar as ações empreendidas pelo governo, pelas autoridades públicas e pela sociedade civil no campo da assistência à população pobre, especialmente as voltadas para o contexto materno-infantil. A relevância da pesquisa justifica-se na medida em que, ao examinar os discursos e as práticas do governo ditatorial, evidencia-se uma articulação entre diferentes setores da sociedade, para a construção da imagem da criança pobre brasileira como elemento central das políticas assistenciais, associada à promoção da qualidade de vida na infância. O *corpus* documental da pesquisa é constituído por um conjunto diversificado de materiais, com destaque para as fontes bibliográficas e as fontes primárias do Diário Oficial do Piauí.

Nesse contexto, este artigo objetivou analisar a relação entre o Estado através das políticas públicas de assistência e as ações assistenciais promovidas pela filantropia em prol do combate à mortalidade infantil no Piauí durante o período de 1930 a 1945.

CONCEITUANDO ESTADO COMO INSTITUIÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR SOCIAL.

O Estado pode ser compreendido como a instituição que detém o monopólio legítimo do uso da força física dentro de um território delimitado, o que lhe confere autoridade para impor normas e garantir a ordem social (Weber, 1999). Essa definição destaca a dimensão coercitiva do Estado, ressaltando que sua legitimidade decorre do reconhecimento social de seu poder, exercido por meio de instituições administrativas, jurídicas e militares.

Sob uma perspectiva histórica e filosófica, o Estado também pode ser entendido como resultado de um pacto social estabelecido entre os indivíduos, visando à superação do estado de natureza e à garantia da segurança coletiva (Hobbies, 2003). Nessa concepção, o Estado surge como uma entidade necessária para conter os conflitos inerentes à convivência humana, fundamentando-se na centralização do poder político e na obediência às leis. Importa destacar que o Estado não se limita ao exercício da coerção, mas assume também um papel fundamental na promoção do

bem-estar social, na formulação de políticas públicas e na legitimação das estruturas democráticas (Bobbio, 2007).

O Estado desempenha papel central na formulação e execução das políticas públicas, sendo o principal agente responsável pela organização e regulação das ações voltadas ao atendimento das demandas sociais. No âmbito da assistência social, essa atuação se materializa por meio de políticas destinadas à proteção dos grupos socialmente vulneráveis, com o objetivo de minimizar desigualdades e garantir condições mínimas de sobrevivência e dignidade. O Estado caracteriza-se por sua função mediadora entre os interesses coletivos e individuais, assumindo responsabilidades que ultrapassam o exercício do poder coercitivo, incluindo a promoção do bem-estar social (Bobbio, 2007).

A assistência social, enquanto política pública, consolidou-se historicamente como parte das estratégias estatais de intervenção na questão social, especialmente a partir do reconhecimento das desigualdades produzidas pelo desenvolvimento econômico e pela industrialização. No Brasil, esse processo ocorreu de forma gradual, inicialmente marcado por práticas filantrópicas e beneméritas, até a progressiva institucionalização da assistência como dever do Estado (Fonseca, 1993). Nesse sentido, o Estado passou a articular ações com a sociedade civil, estabelecendo parcerias que visavam ampliar o alcance das políticas assistenciais, ao mesmo tempo em que buscava legitimar sua atuação perante os setores populares (Sanglard; Ferreira; Barreto, 2019).

As políticas públicas de assistência social expressam, portanto, a forma como o Estado interpreta e responde às demandas sociais em determinados contextos históricos e políticos. Durante regimes autoritários, como o Estado Novo, tais políticas foram frequentemente utilizadas como instrumentos de controle social e de construção de consenso político, ao mesmo tempo em que atendiam necessidades reais da população pobre. Dessa maneira, a assistência social não pode ser compreendida apenas como prática de solidariedade, mas como parte integrante das estratégias estatais de governabilidade, revelando a relação entre poder, políticas públicas e sociedade (Sanglard; Ferreira; Barreto, 2019).

FILANTROPIA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA: DA BENEVOLÊNCIA PRIVADA À AÇÃO INSTITUCIONAL.

A palavra *filantropia* é derivada dos termos gregos *philos* (amor) e *ánthropos* (ser humano) e se refere às práticas de auxílio e cuidado direcionadas ao bem-estar do próximo, sobretudo dos indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Historicamente, a filantropia esteve associada a ações de caridade, solidariedade e beneficência, muitas vezes motivadas por princípios religiosos, morais ou humanitários. Essas práticas surgiram como respostas sociais às desigualdades e à pobreza, antecedendo a consolidação de políticas públicas estatais de proteção social (Castel, 1998).

No decorrer da Idade Média, a filantropia assumiu um caráter predominantemente religioso, sendo exercida por instituições ligadas à Igreja Católica, como confrarias, ordens religiosas e hospitais de caridade. Essas iniciativas tinham como finalidade não apenas o amparo material aos pobres, doentes e órfãos, mas também a salvação espiritual dos benfeitores. Com o advento da modernidade e o fortalecimento do Estado nacional, especialmente a partir do século XIX, as práticas filantrópicas passaram a coexistir com novas formas de intervenção social, marcadas pelo surgimento de políticas públicas voltadas à assistência social, à saúde e à educação (Donzelot, 1986).

No Brasil, a filantropia desempenhou papel central na organização da assistência social até meados do século XX, quando o Estado passou a assumir, de forma mais sistemática, a responsabilidade pelo atendimento às demandas sociais. Inicialmente, as ações assistenciais eram conduzidas por instituições privadas, associações civis e organizações religiosas, frequentemente em parceria com o poder público. Durante o período do Estado Novo (1937–1945), a filantropia foi incorporada ao projeto político estatal como instrumento de controle social e legitimação do regime, destacando-se a atuação de entidades como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que articulava ações filantrópicas e políticas públicas voltadas à infância, à maternidade e às camadas populares (Sanglard; Ferreira; Barreto, 2019).

A filantropia emerge, portanto, como uma forma mais racionalizada e organizada de assistência social. Diferentemente da caridade, a filantropia busca atuar de maneira sistemática, planejada e

institucionalizada, articulada com o Estado e com políticas públicas. Seu objetivo ultrapassa o simples socorro imediato, voltando-se para a prevenção de problemas sociais, a educação, a saúde e a moralização dos indivíduos considerados vulneráveis (Fonseca, 1993). Contudo, a filantropia também pode assumir um papel ambíguo, funcionando tanto como mecanismo de proteção social quanto como instrumento de controle e disciplinamento das populações pobres (Sanglard; Ferreira; Barreto, 2019).

A FILANTROPIA COMO ESTRATÉGIA DO GOVERNO PARA O COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL NO PIAUÍ.

Após o movimento político de 1930, o Brasil passou a ser governado pelo Regime Militar liderado por Getúlio Vargas, inaugurando um período que se estendeu até 1945 e que ficou conhecido como Era Vargas. Esse intervalo histórico foi marcado por profundas transformações na sociedade brasileira, inseridas também em um contexto de mudanças em escala mundial. Tais transformações manifestaram-se em diversos âmbitos da vida social, incluindo os aspectos socioculturais, políticos e econômicos, com destaque para os avanços nas áreas da ciência e da saúde. No âmbito das políticas sociais, o período varguista caracterizou-se pela ampliação da atuação do Estado, sobretudo no campo da saúde voltada à infância. A assistência à criança passou a ser gradualmente incorporada como responsabilidade estatal, resultando na expansão das políticas sociais em todo o território nacional, como estratégia de consolidação e legitimação do governo (Fonseca, 1993).

Nesse contexto, a filantropia insere-se em um projeto social marcado pela racionalidade administrativa e pela intervenção institucional. Idealizada em um propósito comum "salvar a criança para salvar o Brasil" (Rizzini, 2008). A criança passou a ser considerada como uma oportunidade para a concretização do projeto varguista de salvar a pátria, manutenção do crescimento e enriquecimento do país (Silva, 2003). Desse modo, a assistência à infância se tornava um dever de todo brasileiro, pois, era visualizada pelo governo como um potencial de riqueza para o país.

Respaldado pela retórica de que Deus deixou as crianças para serem cuidadas como um legado, Dr. Anastácio Ribeiro Madeira Campos, em

palestra realizada na Semana da Criança de 1945, destacava o cuidar da criança como um ato sobretudo divino referindo-se a Jesus Cristo para conferir credibilidade de suas palavras; segundo o médico, cuidar da alma e do corpo da criança é, sobretudo, divino (Palestra..., 1945).

Evidentemente, a adesão as políticas filantrópicas não ocorreram de modo rápido, apesar de se tratar de um governo autoritário, era necessário fazer o chamamento para a população em geral de modo constante. Para tanto, era comum nas páginas do Diário Oficial do Piauí apelos para que a infância fosse resguardada e protegida. Em 1945, durante a Semana da Criança, fez-se o seguinte apelo: “Essa iniciativa, humana e cristã, infelizmente não despertou ainda convenientemente, como era de esperar, a atenção do público nem ao menos quanto ao premente problema alimentar da infância” (Semana da Criança, 1945, p. 3). Buscava-se, estrategicamente, persuadir as pessoas a ajudar a transformar a nação contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil mantendo as crianças sãs e saudáveis.

Com efeito, a LBA era exibida nas páginas do Diário Oficial do Piauí como uma instituição que atuava “de mãos dadas com o Governo do Estado”. Atividades desenvolvidas em instituições como a Casa da Criança, Escola Industrial “Leônidas Melo”, Abrigo dos Velhos, eram coordenadas pela LBA uma resposta aos apelos do Departamento Nacional da Criança (Semana da Criança. 1945). Portanto, o Estado fazia um chamamento a sociedade para que atuassem em favor da criança, da saúde e da pátria. As verbas utilizadas eram, em parte, provenientes do poder público.

A mortalidade infantil era um grande problema para o desenvolvimento do país e para combater este mal, convidou os interventores a desenvolver ações em prol da proteção materno-infantil em seus estados (Semana da Criança, 1943) e era uma das principais questões sociais levantadas pela sociedade da época. Nesse encalço, intelectuais, médicos, e membros da elite passaram a reivindicar uma intervenção por parte do poder público na assistência aos pobres (Simili, 2008).

Requeria-se que governo investisse mais na saúde da população que na imigração pois o futuro da nação dependia da qualidade física, moral e educacional de sua população. Essa preocupação com a infância se deu também devido as questões relacionadas as altas taxas de mortalidade infantil que tinha como principais causas: a fome e as doenças que eram muito comuns na época, além do trabalho infantil exercido pelas crianças

de maior idade (Saul, 1942). Para isto essa política voltava "[...] o olhar sobre as crianças significava a possibilidade de concretização de um desenvolvimento nacional crescente, estabelecendo dentro de certa ordem que pudesse garantir a manutenção do status quo" (Silva, 2003, p. 62).

A assistência à infância passou a ser concebida, durante o período varguista, como uma responsabilidade coletiva da sociedade brasileira, sendo a criança entendida como um recurso humano fundamental para o futuro da nação. No contexto do pós-guerra, especialmente entre 1942 e 1945, o retorno dos soldados ao convívio familiar contribuiu para a redefinição do lugar social da infância, reforçando a necessidade de sua proteção e cuidado como parte do projeto de reconstrução social e nacional (Ariès, 1986). Nesse cenário, a ampliação das ações assistenciais voltadas à criança mobilizou diferentes segmentos da sociedade e do Estado, direcionando maior atenção à saúde, à segurança e ao bem-estar infantil. Tal movimento mostrou-se decisivo para a consolidação e a difusão das políticas públicas de saúde e educação em todo o território nacional, sobretudo aquelas voltadas à redução da mortalidade infantil (Heywood, 2004).

No Piauí, a reestruturação administrativa da saúde pública foi marcada por uma politica sanitarista que tinha como foco a ampliação de postos de puericultura, lactários e centros de higiene, de modo a voltar as ações institucionais e filantrópicas para a proteção materno-infantil. A difusão da puericultura científica foi uma estratégia encontradas por médicos e higienistas da época para o enfretamento da mortalidade infantil, reconhecida nacionalmente como um grave problema de natureza social e sanitária (Marinho 2018).

A atuação do governo, embora ainda fortemente articulada às práticas filantrópicas e à cooperação com entidades como a Legião Brasileira de Assistência, revelou uma ampliação progressiva da intervenção pública em áreas que anteriormente se encontravam sob responsabilidade predominantemente privada ou de caráter religioso (Sousa; Marinho, 2021). Tal intervenção expressou, de um lado, a influência das elites locais e nacionais, que concebiam a assistência estatal como elemento indispensável ao progresso social e moral da população, e, de outro, a atuação de médicos e intelectuais que defendiam a adoção de uma abordagem científica no campo da saúde materno-infantil, bem como a implementação de políticas públicas sistematizadas capazes de enfrentar os elevados

índices de mortalidade infantil e de mulheres em idade reprodutiva (Lira, 2017).

Nesse contexto, as iniciativas implementadas no Piauí durante a gestão de Leônidas de Castro Melo configuram-se como um momento significativo de articulação entre o ideário varguista de proteção social e as demandas regionais por serviços de saúde mais organizados e eficientes. Tais ações contribuíram para delinear a emergência de um modelo de assistência materno-infantil que integrava princípios do Estado, da medicina e da filantropia, refletindo as especificidades políticas e sociais do período (Sousa; Marinho, 2021).

Nesse contexto, os governos estadual e municipal do Piauí promoveram a criação de estabelecimentos públicos voltados à assistência à infância, ao mesmo tempo em que concediam auxílios financeiros a instituições filantrópicas especializadas no atendimento materno-infantil (Marinho, 2018). As ações desenvolvidas pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), em articulação com outras entidades filantrópicas, buscavam materializar os princípios políticos difundidos pelo Estado Novo, período no qual a proteção à maternidade e à infância ocupava posição de destaque nas diretrizes governamentais (Moraes, 2014).

A atenção à saúde pública ganhou maior relevância nesse período, levando o Piauí a buscar respaldo científico com vistas à efetiva sistematização de seu sistema de saúde. Nesse sentido, o Estado adotou um modelo de organização centralizada, inspirado nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Educação e Saúde, por meio do Departamento Nacional de Saúde. Para viabilizar essa estrutura, empreendeu-se um amplo esforço voltado à formação e à especialização de profissionais da área da saúde, com ênfase na saúde pública (Barbosa, 2017)

A difusão de conhecimentos relacionados à higiene e à puericultura, fundamentados na medicina especializada, foi conduzida por médicos que estabeleceram uma relação de maior proximidade com as mães, sobretudo por meio de orientações acerca da importância de uma alimentação adequada (Marinho, 2018). Dessa forma, as práticas de maternagem passaram a ser respaldadas por saberes científicos. O controle sistemático das informações possibilitou o acompanhamento do número de crianças atendidas, uma vez que os postos de saúde distribuídos pelo estado encaminhavam relatórios contendo dados quantitativos dos atendimentos realizados, organizados segundo sexo, faixa etária e tipo de

assistência prestada. Essa sistematização visava ao monitoramento contínuo da ampliação dos serviços assistenciais, tendo como principal objetivo a prevenção em saúde, estratégia adotada pelo governo para ampliar o apoio popular e demonstrar o progresso do Piauí no âmbito do projeto nacional varguista (Moraes, 2014).

A medicina passou a ser promovida como ciência capaz de curar as mazelas que acometiam a população. A prevenção de doenças e o combate à mortalidade infantil eram as impulsionadoras das ações desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde de caráter público e filantrópico (Marinho, 2018). Nesse cenário, foi instituída a Semana da Criança, em outubro de 1934, sendo realizada a partir de então em todos os anos vindouros, objetivando ampliar ainda mais a importância da infância e a necessidade do cuidado e do amor pelas crianças brasileiras. Assim, realizava-se a Semana através da colaboração entre a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e do Ministério da Educação e Saúde, sob a direção do Prof. Olinto de Oliveira (Oliveira, 2015).

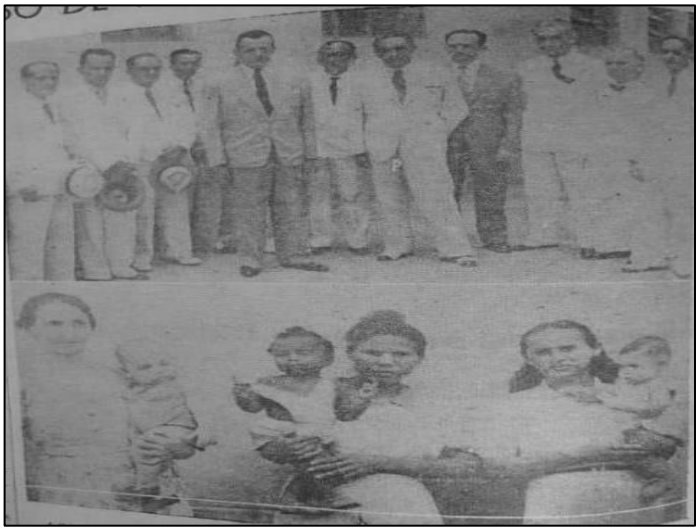
A criança era estrategicamente promovida como futuro da nação. Nesse sentido, o Departamento Nacional da Criança, o Ministério da Educação e da Saúde assumiram o dever de cumprir todos os esforços para amparar as crianças em toda sua amplitude (Oliveira, 2015). A Semana não estava restrita a capital, Teresina, mas estendia-se por outras cidades do Piauí, como Parnaíba, por exemplo (Figura 1).

Na Figura 1, aparecem os membros do *Rotary Clube* acima e abaixo as mães segurando as crianças vencedoras do concurso de robustez. A imagem simboliza o cuidado com a infância que deveria ser realizado pela mãe. Esse concurso era promovido como uma das atividades da Semana e tinha como foco enaltecer o zelo e a saúde física das crianças.

O concurso objetivava expor os cuidados que as mães estavam aprendendo, conforme a formação que recebiam sobre a alimentação adequada, a higienização das crianças, a importância do aleitamento materno para o combate a doenças na primeira infância, o carinho e o afeto materno. As mães que apresentavam os filhos mais robustos e corados recebiam uma premiação. Enquanto, as demais deveriam continuar esforçando-se (Marinho, 2014). A Semana da Criança era, portanto, uma estratégia para demonstrar aos políticos e população em geral os resultados dos cuidados com as crianças a partir da noção de puericultura e da atenção à infância.

Desse modo, a filantropia passou a desempenhar um papel ambíguo: ao mesmo tempo em que promovia ações de amparo social, funcionava como instrumento de controle social e de legitimação do regime autoritário. Consolidou-se por meio de práticas assistenciais institucionalizadas. Nesse contexto, o Estado buscava apresentar-se como agente promotor do bem-estar social, reforçando a imagem de Vargas e seus apoiadores como protetores dos mais pobres. As ações filantrópicas foram incorporadas às políticas públicas de assistência social, assumindo um caráter estratégico voltado à organização, à disciplina e à integração das camadas populares à ordem social vigente.

Figura 1: Concurso de Robustez na Cidade de Parnaíba, em 1942.



Fonte: Diário Oficial (1942).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

No Brasil, entre as décadas de 1930 e 1945, período marcado pelo governo de Getúlio Vargas e pela consolidação do Estado Novo, as práticas de caridade e filantropia assumiram significados distintos, embora coexistentes, no campo da assistência social. A caridade manteve-se fortemente vinculada às tradições religiosas, especialmente às instituições católicas, sendo orientada por princípios morais e espirituais que

valorizavam o auxílio aos pobres como dever cristão. A filantropia ganhou maior visibilidade e institucionalização, articulando-se de forma mais direta com o Estado. A filantropia passou a ser concebida como uma prática racionalizada, planejada e integrada ao projeto político de modernização nacional.

As políticas públicas de assistência materno-infantil se articularam às práticas filantrópicas em um contexto marcado pelo autoritarismo do Estado Novo e pelo projeto varguista de modernização nacional. Ao longo da pesquisa, foi possível compreender que a assistência à infância assumiu centralidade no discurso e nas ações governamentais, sendo a criança concebida como elemento estratégico para o futuro da nação e para a consolidação do ideal de progresso social e econômico.

As iniciativas desenvolvidas no Piauí, como a criação de postos de puericultura, lactários, centros de higiene e a realização da Semana da Criança, revelam a consolidação de um modelo de assistência materno-infantil baseado na prevenção, na vigilância sanitária e na sistematização dos dados de saúde. Tais ações evidenciam o esforço do Estado em promover uma imagem de modernização e eficiência administrativa, ao mesmo tempo em que buscava mobilizar a sociedade civil para participar ativamente da proteção à infância, apresentada como um dever coletivo e patriótico.

Portanto, o enfrentamento da mortalidade infantil no Piauí, entre 1930 e 1945, resultou de uma complexa articulação entre Estado, filantropia e medicina, na qual as políticas públicas de assistência assumiram um papel central tanto na promoção do bem-estar social quanto na construção de consensos políticos. A análise desse período permite compreender as bases históricas da assistência social no Brasil e evidencia como a proteção à infância foi instrumentalizada como estratégia de governabilidade, sem desconsiderar, contudo, os impactos concretos dessas ações na ampliação do acesso à saúde e na melhoria das condições de vida da população infantil. Assim, o estudo contribui para o entendimento das relações entre poder, políticas públicas e filantropia, ressaltando a importância de abordagens históricas para a reflexão crítica sobre a assistência social contemporânea.

REFERÊNCIAS

ALVES, Florentina. **A mortalidade infantil e as práticas sanitárias na cidade de São Paulo (1892-1920).** 2001. Dissertação (Mestrado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-27122022-114919/ >.

BARBOSA, Michele T. **Legião Brasileira de Assistência (LBA): o protagonismo feminino nas políticas de assistência em tempos de guerra (1942-1946).** Dissertação (Dissertação de Mestrado) – Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2017.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade**: para uma teoria geral da política. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 99-116. 1993. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/physis/1993.v3n2/97-116/pt >.

HOBBES, Thomas. **Leviatã.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LIRA, Clarisse Helena Santiago. **O Piauí em Tempos de Segunda Guerra: mobilização local e as experiências do contingente piauiense da FEB.** Jundiaí: paco editorial, 2017.

MARINHO, Joseanne Z. S. A utilização das imagens fotográficas de crianças nas propagandas governamentais no período do Estado Novo (1937-1945) NO PIAUÍ. **Revista Expedições**: Teoria da História & Historiografi**a**, v. 5, n.1, p. 163-187. Jan./Jul. de 2014.

MARINHO, Joseane Z. S. **“Manter sadia a Criança Sã”: As políticas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945**. Jundiaí: Paco editorial, 2018.

MORAES, Lívia Suelen Sousa. **Saúde materno-infantil, mulheres e médicos em Teresina (1930-1950).** Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2014.

OLIVEIRA, Vilma da S. M. Os discursos sobre a educação e higienização das crianças nos jornais impressos do Piauí (1930-1960). **Revista**

Eletrônica de Educação, v. 9, n. 3, p. 93-110, 2015. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/12345 6789/86555/198905.pdf?sequence=1&isAllowed=y >.
PALESTRA do Dr. Anastácio Ribeiro Madeira Campos, a 15 deste, ao microfone do alto-falante da Praça Rio Branco. **Diário Oficial,** Teresina, ano 15, n. 128, p. 6, 20 out. 1945.
RIZZINI, Irene. **O século perdido:** raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008.
ROTARY Club de Parnaíba. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 70, p. 1, 28 mar. 1942.
SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz O.; BARRETO, Maria R. Assistência, filantropia e políticas públicas no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 1–15, 2019.
SAUL, Gusmão. **Assistência a Menores**, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional. 1942.
SEMANA da Criança. **Diário Oficial,** Teresina, ano XIII, n. 125, p. 1, 12 out. 1943.
SEMANA da Criança. **Diário Oficial,** Teresina, ano XV, n. 128, p. 3, 27 out. 1945.
SILVA, Ana Claudia da. **As Concepções de Criança e Infância na Formação dos Professores Catarinenses nos anos de 1930 e 1940.** Tese (Tese de Mestrado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, 2003.
SIMILI, Ivana G. **Mulher e Política:** a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945). São Paulo: Editora UNESP, 2008.
SOUSA, Francilene Teles da Silva; MARINHO, Joseane Zingleara Soares. A Comissão Estadual Da Legião Brasileira De Assistência (LBA) e a assistência à saúde infantil no Piauí (1942-1945). *In:* **Pluralidade de temas e aportes teórico-metodológicos na pesquisa em história.** ANTUNES, Aline Ferreira (Org.). Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. Disponível em: < https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoP DF/49493 >.
TEIXEIRA, José Maria. **Causas da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro. Memória** apresentada à Imperial Academia de Medicina em resposta a esta questão posta a prêmio na sessão de 6 de julho de 1886, e premiada em sessão magna de 30 de julho de 1887, Rio de Janeiro, [s.n.], 1887.

WEBER, Max. **Economia e sociedade:** fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

Perder em vida: narrativas e processos de perdas e luto ocupacional na esclerose múltipla

Jeice Sobrinho Cardoso
Lucidalva Costa de Freitas
Paulo Roberto Nassar de Oliveira
Victor Augusto Cavaleiro Corrêa

PERDA E CRONICIDADE: A EXPERIÊNCIA DE VIVER COM ESCLEROSE MÚLTIPLA.

A Esclerose Múltipla (EM) inscreve-se no campo das doenças autoimunes, inflamatórias e desmielinizantes do Sistema Nervoso Central (SNC), caracterizando-se por expressiva heterogeneidade clínica, decorrente da multiplicidade de territórios neurais acometidos. Entre suas manifestações mais recorrentes, destacam-se fadiga, espasticidade, instabilidade da marcha, disfunções vesicais e comprometimentos cognitivos, que podem abranger alterações de atenção e funções executivas, podendo evoluir, em quadros mais avançados, para condições demenciais (Cabeça *et al.*, 2018; National Multiple Sclerosis Society, 2020; Rodrigues, 2020; Sampaio *et al.*, 2020).

O curso clínico da doença organiza-se em torno de dois eixos fundamentais: surtos e progressão. Os surtos correspondem a irrupções inflamatórias agudas no SNC, de duração variável e potencial sequelar; a progressão designa um processo contínuo de deterioração neurológica, não necessariamente dependente de atividade inflamatória evidente. Tal dinâmica imprime à EM um caráter instável, cumulativo e imprevisível, no qual cada trajetória se singulariza segundo ritmos, intensidades e inflexões próprias (Didonna; Oksenberg, 2017; Rodrigues, 2020).

Para além da moldura biomédica, a EM pode ser compreendida como um acontecimento que fissura a continuidade da vida. O diagnóstico não apenas nomeia uma condição clínica, mas inaugura um campo de indeterminação que reverbera sobre o presente e tensiona as possibilidades de futuro. Nesse horizonte, a doença atravessa o cotidiano, reconfigurando a relação do sujeito com o corpo, com o fazer e com os outros.

Parte-se, neste estudo, da compreensão de que as perdas vivenciadas, sejam funcionais, relacionais e, sobretudo, ocupacionais, constituem o eixo estruturante da experiência de adoecimento na EM. Entende-se o ocupacional não como mero conjunto de atividades, mas como dimensão constitutiva da existência, na qual se entrelaçam fazer, identidade e participação social. Tal perspectiva encontra ressonância nas formulações da Terapia Ocupacional que concebem a ocupação como organizadora da vida humana e mediadora da relação entre sujeito e mundo (Kielhofner, 2008; Wilcock; Hocking, 2015).

Nesse sentido, as rupturas no fazer cotidiano não se restringem a limitações funcionais, mas configuram descontinuidades na própria experiência de ser-no-mundo. A ocupação, enquanto forma de inscrição no mundo, sustenta rotinas, papéis e pertencimentos; sua interrupção ou transformação incide diretamente sobre a identidade. É, portanto, no campo do fazer, concreto, situado e significativo, que as perdas se tornam sensíveis e existencialmente densas. Diante disso, este estudo tem como objetivo compreender os processos de perdas vivenciados por pessoas com Esclerose Múltipla, analisando suas implicações no cotidiano e suas articulações com a experiência do luto.

PERDER EM VIDA: LUTO, TEMPORALIDADE E RECONFIGURAÇÃO NA CRONICIDADE.

A experiência da Esclerose Múltipla torna particularmente visível que o luto não se circunscreve ao acontecimento da morte, podendo emergir de modo contundente diante de perdas que se inscrevem no próprio curso da vida. No contexto da cronicidade, tais perdas não se apresentam como eventos delimitados, mas como processos contínuos, cumulativos e frequentemente difusos, que atravessam simultaneamente o corpo, o fazer, os vínculos e os horizontes de futuro. O que está em jogo não é apenas a perda de algo, mas a reconfiguração progressiva das condições de possibilidade de existir; movimento este que se evidencia nas narrativas dos participantes, nas quais a vida aparece menos como continuidade e mais como rearranjo sucessivo diante do que se perde.

As formulações clássicas do luto, ao privilegiarem modelos sequenciais e orientados para a resolução, revelam-se tensionadas diante dessa experiência. A proposição de estágios por Kübler-Ross (1996), ainda que

fundadora, sustenta uma linearidade que pouco dialoga com a instabilidade constitutiva da doença crônica. Mesmo quando deslocado para o campo das tarefas, como em Worden (2018), o luto permanece ancorado em uma ideia de elaboração que, ainda que não rigidamente linear, supõe certa direção. Contudo, nos relatos analisados, não se observa um percurso orientado à resolução, mas movimentos de reabertura: perdas previamente elaboradas retornam sob novas formas, especialmente quando o corpo impõe limites inesperados ou quando atividades antes possíveis tornam-se inacessíveis. O luto, assim, não se resolve, posto que ele se reinscreve.

É nesse ponto que a inflexão proposta por Neimeyer (2001) se mostra particularmente fecunda, ao compreender o luto como reconstrução de significado. Todavia, na cronicidade, essa reconstrução não se dá como reorganização pontual, mas como trabalho incessante de reelaboração narrativa. Os relatos das participantes evidenciam esse esforço contínuo de produzir sentido frente à instabilidade: o que antes estruturava a identidade, como trabalho, autonomia, rotina, passa a demandar reinterpretação. A progressão da doença desestabiliza as histórias de si, exigindo que o sujeito reinscreva sua experiência em enredos sempre provisórios, nos quais o passado já não sustenta o presente da mesma forma, e o futuro deixa de operar como promessa estável.

De modo convergente, o Modelo do Processo Dual, de Stroebe e Schut (1999; 2010), ao introduzir a oscilação entre orientação para a perda e para a restauração, aproxima-se da dinâmica observada. Nos materiais empíricos, tal oscilação manifesta-se, por exemplo, na alternância entre tentativas de manutenção de atividades significativas e momentos de retraimento diante das limitações. Contudo, essa oscilação não se estabiliza: ela é reiteradamente interrompida pela emergência de novas perdas, revelando um movimento mais próximo da instabilidade do que do equilíbrio. O cotidiano aparece, assim, como campo de tensões permanentes entre o que se perde e o que ainda se tenta sustentar.

Tal condição pode ser compreendida como uma fratura na temporalidade da vida. O futuro, outrora sustentado como horizonte relativamente contínuo de projeção, torna-se incerto, fragmentado e, por vezes, inapreensível. Essa dimensão emerge de forma recorrente nos relatos, nos quais projetos são suspensos, adiados ou abandonados, não necessariamente por decisão, mas pela impossibilidade de sustentação. O luto,

nesse contexto, não se dirige apenas ao que foi perdido, mas ao que deixa de poder ser projetado, configurando uma experiência de perda de futuro.

É nesse cenário que emergem formas de luto antecipatório, nas quais a expectativa de perdas futuras infiltra-se no presente. Nos discursos dos participantes, tal antecipação manifesta-se como vigilância constante em relação ao corpo e às possibilidades de ação, produzindo uma experiência de viver sob condição de incerteza. Paralelamente, as microperdas cotidianas, pequenas alterações no fazer, dificuldades crescentes em atividades rotineiras, necessidade de adaptação; aparecem de forma reiterada, compondo um processo de perda contínua que, embora muitas vezes silencioso, revela forte densidade existencial.

A compreensão do luto na cronicidade exige, ainda, deslocá-lo do plano exclusivamente intrapsíquico para o campo da experiência concreta. Nessa direção, as contribuições da Terapia Ocupacional tornam-se particularmente relevantes ao reconhecerem o fazer humano como dimensão estruturante da existência (Kielhofner, 2008; Wilcock; Hocking, 2015). Nos resultados, torna-se evidente que é no campo do fazer que a perda se torna tangível: atividades anteriormente naturalizadas passam a exigir esforço, adaptação ou são abandonadas. O cotidiano, assim, ao mesmo tempo em que expressa a perda, a materializa.

Quando ocupações são interrompidas, transformadas ou inviabilizadas, o que se perde não é apenas uma ação, mas modos de existir sustentados por ela. Os participantes relatam, por exemplo, a dificuldade de manter papéis sociais, especialmente no trabalho, evidenciando que a perda ocupacional incide diretamente sobre a identidade e o pertencimento. O luto, nesse sentido, não se localiza no interior do sujeito, uma vez que se inscreve nas práticas, nos rearranjos cotidianos e nas renúncias que se impõem.

Entretanto, muitas dessas perdas não encontram reconhecimento social. Diferentemente das perdas associadas à morte, que contam com rituais e validação coletiva, as perdas da cronicidade permanecem frequentemente invisibilizadas. Tal invisibilidade aparece nas narrativas como sensação de incompreensão ou minimização por parte do outro. Configuram-se, assim, experiências de luto sem testemunha, nas quais o sofrimento não encontra inscrição social. Como indicam Stroebe e Schut

(2010), o contexto social é determinante nos processos de luto; quando esse reconhecimento falha, o luto tende a se tornar silencioso e solitário.

Diante disso, o luto na Esclerose Múltipla pode ser compreendido como um processo aberto, reiterativo e estruturalmente vinculado à experiência da cronicidade. Ao atravessar o corpo, o tempo e o fazer, ele deixa de ser um evento a ser superado para tornar-se uma dimensão constitutiva do viver. Os resultados deste estudo evidenciam que viver com EM implica não apenas lidar com perdas, mas habitar um cotidiano no qual o luto se reinscreve continuamente; exigindo não sua superação, mas a construção de modos possíveis de existência em sua presença.

QUANDO O CORPO DEIXA DE SUSTENTAR O MUNDO: FALHA, ESTRANHAMENTO E CORPORIFICAÇÃO DO LUTO.

A partir da fenomenologia, o corpo pode ser compreendido como o meio originário de relação com o mundo (Merleau-Ponty, 2011). Na experiência ordinária, ele opera de forma pré-reflexiva, sustentando a ação sem se impor como objeto de atenção. Na EM, essa transparência se rompe. O corpo emerge como presença insistente, ora falha, ora resistente, desestabilizando a confiança incorporada. A imprevisibilidade dos sintomas instaura uma relação marcada por vigilância, na qual o sujeito já não pode contar plenamente com o próprio corpo. Essa inflexão repercute diretamente nas possibilidades de ação, uma vez que o corpo é condição de possibilidade do fazer. Quando o corpo falha, o engajamento ocupacional se fragiliza, instaurando descontinuidades no cotidiano. O luto, nesse contexto, manifesta-se de forma corporificada. Trata-se de um luto pelo corpo vivido, não reduzido à perda de funções, mas envolve a perda de um modo anterior de habitar o mundo, um modo no qual o fazer se realizava com fluidez e continuidade.

Corpos fora da norma: produtividade, vulnerabilidade e invisibilização das perdas. As perdas associadas à EM inscrevem-se também em uma trama social e política. Foucault (1988) evidencia que os corpos são regulados por normas que privilegiam produtividade e autonomia, estabelecendo parâmetros de normalidade. Nesse contexto, o corpo adoecido tende a ser percebido como inadequado, o que contribui para processos de exclusão e invisibilização. Butler (2015), ao compreender a vulnerabilidade como condição constitutiva da existência, permite reconhecer que

tais perdas não dizem respeito apenas ao indivíduo, mas à forma como a sociedade organiza o reconhecimento. A ocupação, nesse cenário, emerge como mediadora entre o sujeito e o mundo social. A restrição do engajamento ocupacional, especialmente em atividades socialmente valorizadas como o trabalho, evidencia não apenas uma perda funcional, mas uma ruptura nas formas de pertencimento.

ESCUTAR A EXPERIÊNCIA: CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA ACESSAR O VIVIDO.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com delineamento de estudo de casos múltiplos, que teve como objetivo compreender os processos de perdas e suas repercussões ocupacionais em pessoas com Esclerose Múltipla (EM). Participaram três mulheres com diagnóstico de EM, identificadas com nomes fictícios (Alana, Thalia e Ísis). A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, oficina de atividade expressiva e diário de campo, sendo os dados analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CAAE nº. 58546522.7.0000.0018 e Parecer nº. 5.502.603).

A análise dos dados evidenciou que os processos de perdas vivenciados pelas participantes atravessam dimensões funcionais, ocupacionais, relacionais e simbólicas, impactando diretamente o cotidiano e o engajamento em ocupações significativas. A seguir, são apresentados os achados empíricos organizados a partir das categorias construídas, com destaque para os relatos das participantes.

PERDA DE AUTONOMIA E REORGANIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA.

Os relatos de Alana evidenciam a ruptura com a autonomia após o diagnóstico, especialmente no que se refere à sensação de controle sobre o próprio cotidiano e deslocamentos. A participante expressa:

> "Eu nunca tinha ouvido falar em esclerose múltipla. Aí eu estava cheia de coisas que queria fazer sozinha. Independente" (Alana).

E complementa:

> "Hoje é como se eu tivesse que avisar para onde eu vou para todo mundo... é como se eu tivesse perdido minha independência. Todo mundo quer saber para onde eu vou. Aí, é como se eu fosse presa, às vezes" (Alana).

Esses relatos indicam a transição de uma vivência de independência para uma condição percebida como vigilância e restrição, impactando diretamente a identidade ocupacional, especialmente no que se refere à autonomia no cotidiano (Itagiba-Fonseca; Barroso, 2017).

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS E IMPACTO NAS OCUPAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

A fadiga e os sintomas neurológicos aparecem como fatores limitantes da participação ocupacional, interferindo inclusive em atividades afetivas e de lazer. Thalia relata:

> *"Brinco com meu sobrinho, como ele tá crescendo tá me cansando, já tá me dando bastante fadiga." (Thalia).*

Esse relato evidencia que atividades antes prazerosas passam a ser atravessadas por limitações físicas, o que pode gerar afastamento gradual de ocupações significativas e socialmente valorizadas. Conforme Dallman e Triplett (2019), o envolvimento ocupacional influencia diretamente os estados emocionais, podendo tanto desencadear sofrimento quanto funcionar como fator de proteção.

INTERAÇÕES PROLONGADAS E RUPTURAS NAS RELAÇÕES FAMILIARES.

Ísis apresenta um percurso marcado por hospitalizações recorrentes e longos períodos de internação, com forte impacto no corpo e nas relações familiares. Ela relata:

> *"De novembro de 2020 até final de 2021. Foram 6 internações. Até o ápice de ficar 6 meses internada no Ophir Loyola. Paralisada, daqui para baixo" (Ísis).*

E acrescenta:

> "Por causa das internações, minhas filhas ficaram muito tempo longe de mim" (Ísis).

Essas falas evidenciam não apenas a perda funcional severa, mas também a ruptura de vínculos cotidianos e o afastamento de papéis sociais e familiares, especialmente o papel materno. Tais vivências podem ser compreendidas como perdas simbólicas e relacionais associadas ao curso da EM (Itagiba-Fonseca; Barroso, 2017).

REPERCUSSÕES OCUPACIONAIS E ADAPTAÇÃO DIANTE DAS PERDAS.

Apesar das perdas, os dados evidenciam processos de reorganização e adaptação ocupacional, nos quais as participantes ressignificam suas possibilidades de fazer. Alana relata:

> "Quando eu vou na academia eu olho para o professor e falo assim pra ele: Eu consegui! 15 repetições, 20 repetições. E ele olha assim... 'é, Alana!' Aí, eu não me diminuo, eu sempre quero mais para fazer, sempre me desafio a fazer mais" (Alana).

Thalia também evidencia transformação em sua relação com a atividade física:

> *"Mesmo com o diagnóstico da Esclerose Múltipla, eu consigo fazer várias coisas, dentro dos meus exercícios, mas eu consigo fazer. 'Ah! Como é bom que eu consigo fazer!' 'Ah! Como eu estou feliz!' E, olha que eu odiava academia, odiava, odiava. Mas, é bom!" (Thalia).*

Esses relatos indicam processos de adaptação ocupacional, nos quais novas práticas passam a sustentar sentimentos de competência, continuidade e reconhecimento de capacidades, mesmo diante das perdas. Segundo Hoppes (2005), o luto pode implicar

reorganizações ocupacionais, com possibilidade de restauração e adaptação do fazer cotidiano.

A integração entre os dados produzidos nas entrevistas, na oficina de atividade expressiva e no diário de campo evidencia que a Esclerose Múltipla produz: perdas de autonomia e independência; limitações funcionais progressivas; rupturas em ocupações de lazer, trabalho e cuidado; afastamentos familiares e sociais; processos de ressignificação e adaptação ocupacional (Hoppes, 2005).

Os achados indicam que o cotidiano das participantes é continuamente reorganizado entre perdas e reconstruções, revelando que a experiência da EM é marcada por um movimento simultâneo de restrição e reinvenção do fazer, com impactos diretos na constituição da identidade ocupacional.

RUPTURA NO COTIDIANO: NARRATIVAS DE PERDAS NA ESCLEROSE MÚLTIPLA.

As narrativas evidenciam que as perdas associadas à Esclerose Múltipla distribuem-se em múltiplas dimensões – funcional, relacional, temporal e ocupacional – sendo esta última o espaço privilegiado onde tais perdas se tornam concretamente experienciáveis. Entretanto, tais perdas não se apresentam como eventos isolados ou pontuais, mas como processos contínuos que atravessam o cotidiano e reconfiguram silenciosamente a experiência de existir. O adoecimento incide sobre o fazer, o corpo e as relações, produzindo rupturas que desestabilizam formas habituais de participação no mundo.

Entre fazer e perder, há o cotidiano como território do luto ocupacional. É no cotidiano que a perda se materializa, uma vez que é nele que se tornam visíveis as transformações do fazer. Resgata-se, assim, o conceito de luto ocupacional, entendido como o processo pelo qual a perda, restrição ou transformação do engajamento em ocupações significativas produz efeitos sobre a identidade, a continuidade da experiência e a participação social. Ancorado nas bases da Terapia Ocupacional, o luto ocupacional desloca o foco das concepções estritamente intrapsíquicas da perda para o cotidiano vivido, compreendendo o fazer como lugar onde a ruptura se concretiza (Kielhofner, 2008; Wilcock; Hocking, 2015).

Nesse contexto, as narrativas permitem compreender que a ocupação ultrapassa a dimensão instrumental ou produtiva da atividade. O fazer cotidiano sustenta modos de pertencimento, reconhecimento e continuidade existencial. Assim, perder ocupações não significa apenas deixar de executar determinadas tarefas, mas perder formas de habitar o mundo. A interrupção de atividades anteriormente incorporadas ao cotidiano produz fissuras na experiência de si, uma vez que o fazer participa ativamente da constituição identitária e da organização da vida cotidiana.

O diálogo com Paul Ricoeur contribui para compreender que tais rupturas alcançam a própria constituição narrativa da identidade. Para Ricoeur (1991), o sujeito constrói a si mesmo narrativamente ao articular experiências em uma trama temporal relativamente coerente.

Contudo, a Esclerose Múltipla desestabiliza essa continuidade narrativa ao interromper ocupações, projetos e expectativas futuras. As perdas ocupacionais produzem, portanto, rupturas nos enredos pelos quais os sujeitos reconheciam a si mesmos, exigindo constantes rearranjos narrativos diante das transformações impostas pelo adoecimento.

As narrativas evidenciam particularmente a fragilidade daquilo que Ricoeur denomina identidade idem, relacionada à permanência e à estabilidade de si ao longo do tempo. Quando atividades antes ordinárias tornam-se difíceis, imprevisíveis ou impossíveis, rompe-se a sensação de continuidade sustentada pelo cotidiano. O trabalho, os deslocamentos independentes, os cuidados domésticos e as práticas de lazer não aparecem apenas como atividades funcionais, mas como elementos que sustentavam modos reconhecíveis de existência. Assim, o sofrimento narrado não deriva exclusivamente da limitação física, mas da desorganização das tramas cotidianas que sustentavam a continuidade da vida.

Entretanto, as narrativas também revelam movimentos de reconstrução de sentido, aproximando-se da noção ricoeuriana de identidade ipse, vinculada à capacidade de reinterpretar-se diante das mudanças. Ainda que os participantes relatem perdas significativas, observam-se tentativas contínuas de reorganizar o cotidiano, reinventar modos de participação e produzir novas formas de engajamento ocupacional. O luto ocupacional, nesse sentido, não se reduz à experiência da ausência, mas constitui também um processo hermenêutico de reinscrição de si no mundo.

A contribuição de Merleau-Ponty torna-se central para aprofundar a compreensão dessas experiências. Para o autor, o corpo não é objeto da

experiência, mas a própria condição de existência no mundo. O corpo constitui o meio pelo qual o sujeito percebe, age e se relaciona com o ambiente (Merleau-Ponty, 2018). Sob essa perspectiva, as perdas narradas não dizem respeito apenas a limitações funcionais específicas, mas a transformações profundas na maneira como os sujeitos habitam corporalmente o cotidiano.

As narrativas revelam que a Esclerose Múltipla rompe a espontaneidade do corpo habitual. O que antes era realizado de forma pré-reflexiva – caminhar, cozinhar, escrever, trabalhar ou deslocar-se – passa a exigir monitoramento constante, esforço e vigilância corporal. O corpo deixa de operar como presença silenciosa integrada ao fluxo cotidiano e passa a impor-se continuamente à consciência. Assim, o cotidiano torna-se atravessado pela atenção permanente aos limites físicos, à fadiga e à imprevisibilidade dos sintomas.

A distinção proposta por Merleau-Ponty entre corpo habitual e corpo atual mostra-se particularmente fecunda para compreender o sofrimento narrado. As experiências evidenciam tensões entre a memória incorporada das ocupações anteriormente realizadas e as restrições impostas pelo corpo adoecido no presente. Muitos participantes ainda se reconhecem nas capacidades anteriormente vividas, embora o corpo atual já não responda da mesma maneira. Tal descompasso produz experiências de estranhamento, frustração e luto diante da ruptura entre intenção e possibilidade de ação.

Nesse sentido, o diálogo com David Le Breton amplia a discussão ao demonstrar que, no cotidiano ordinário, o corpo tende a permanecer invisível, funcionando silenciosamente como suporte da ação. No adoecimento crônico, contudo, essa transparência se rompe. O corpo reaparece de forma contínua, impondo limites, interrupções e negociações permanentes com o mundo (Le Breton, 2013). A Esclerose Múltipla rompe, portanto, a evidência cotidiana do corpo, transformando atividades banais em experiências marcadas por incerteza e esforço.

As narrativas também indicam que o cotidiano deixa de ser espaço de estabilidade temporal. A experiência do tempo passa a ser reorganizada pela fadiga, pela oscilação dos sintomas e pela imprevisibilidade da doença. Projetos futuros tornam-se suspensos ou constantemente revisados, enquanto atividades simples passam a demandar maior tempo e planejamento. Desse modo, o adoecimento produz uma reconfiguração

da temporalidade cotidiana, marcada por interrupções, desacelerações e negociações permanentes com os limites corporais, aproximando-se da noção de ruptura biográfica descrita por Bury (1982).

A fadiga emerge como uma das experiências centrais dessas rupturas. Diferentemente do cansaço ordinário, trata-se de uma experiência que reorganiza profundamente o engajamento ocupacional e a relação com o cotidiano. Muitas vezes invisível socialmente, a fadiga produz sofrimento adicional ao confrontar expectativas normativas de produtividade e autonomia. Os participantes relatam experiências recorrentes de incompreensão, invalidando socialmente perdas que, embora nem sempre perceptíveis externamente, transformam profundamente a experiência cotidiana.

Essa invisibilidade aproxima o luto ocupacional das discussões sobre lutos não reconhecidos. Muitas das perdas vivenciadas na Esclerose Múltipla não são socialmente legitimadas como passíveis de sofrimento, precisamente porque não envolvem morte concreta ou incapacidades imediatamente evidentes. Contudo, as narrativas demonstram que pequenas interrupções do cotidiano – deixar de dirigir, reduzir jornadas de trabalho, depender de ajuda para tarefas simples – produzem impactos profundos sobre autonomia, identidade e pertencimento social, configurando experiências de sofrimento frequentemente silenciosas (Doka, 2002).

Além das dimensões subjetivas, as rupturas narradas também evidenciam o caráter político da experiência do adoecimento. As perdas não decorrem exclusivamente da progressão clínica da doença, mas também das formas pelas quais a sociedade organiza regimes de produtividade, independência e normalidade corporal. A ausência de acessibilidade, a lógica neoliberal do desempenho e o capacitismo ampliam o sofrimento ocupacional ao transformar limitações corporais em experiências de inadequação social. Assim, o cotidiano torna-se espaço onde não apenas o corpo, mas também as desigualdades e normas sociais se materializam.

Ainda assim, as narrativas revelam que o cotidiano não é apenas território de perdas, mas também espaço de reinvenção. Mesmo diante das rupturas, os participantes desenvolvem estratégias para reorganizar o fazer, redefinir prioridades e construir novas formas de participação. Pequenos rearranjos cotidianos, adaptações e redefinições de sentido demonstram que o viver permanece em movimento, ainda que atravessado

pela ambivalência entre limitação e potência. O cotidiano emerge, portanto, simultaneamente como espaço de sofrimento e criação.

Desse modo, compreende-se que o luto ocupacional na Esclerose Múltipla ultrapassa a perda de capacidades específicas, alcançando a própria relação corporal, narrativa e cotidiana com o mundo. O que se rompe não é apenas a possibilidade de realizar determinadas ocupações, mas a continuidade tácita entre corpo, fazer e existência. Entre perdas e reinvenções, o cotidiano torna-se o lugar onde o sofrimento se inscreve, mas também onde novas formas de presença e de construção da vida podem emergir.

CONCLUSÃO: VIVER COM PERDAS.

Os processos de perdas na Esclerose Múltipla atravessam o corpo, o tempo, o cotidiano e as relações, configurando-se como elementos centrais da experiência de adoecimento. O luto, nesse contexto, não se apresenta como evento pontual, mas como processo contínuo que emerge e se reconfigura a partir das perdas vivenciadas. Trata-se de uma experiência que articula corpo, temporalidade e ocupação, constituindo-se como dimensão intrínseca da vida na cronicidade. Destaca-se, assim, a centralidade do ocupacional como eixo analítico e clínico fundamental. O fazer cotidiano emerge não apenas como espaço de manifestação das perdas, mas como território onde o luto se inscreve e pode, potencialmente, ser reconfigurado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CABEÇA, L. P. F. *et al.* Comprometimento cognitivo na esclerose múltipla. **Revista Neurociências**, 2018.

DALLMAN, A. R.; TRIPLETT, N. S. Occupational engagement and meaning. **American Journal of Occupational Therapy**, 2020.

DIDONNA, A.; OKSENBERG, J. R. The genetics of multiple sclerosis. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, 2017.
DOKA, Kenneth J**. Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice.** Champaign: Research Press, 2002.
FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
HOPPES, S. The role of occupation in grief. American Journal of Occupational Therapy, 2005. ITAGIBA-FONSECA, F.; BARROSO, S. M. Impactos psicossociais da esclerose múltipla. **Revista de Saúde**, 2017.
KIELHOFNER, Gary. **Model of human occupation: theory and application**. 4. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1996. LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2013.
MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018.
NEIMEYER, Robert A. **Meaning reconstruction and the experience of loss.** Washington: APA, 2001.
NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY. **What is MS?** 2020.
PARKES, Colin Murray. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.
RICOEUR, Paul. *O si-mesmo como outro*. Campinas: Papirus, 1991. RODRIGUES, D. H. Esclerose múltipla: aspectos clínicos. *Revista Médica*, 2020.
SAMPAIO, R. F. *et al*. Avaliação funcional na esclerose múltipla. **Revista Brasileira de Neurologia**, 2020.
STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement. **Death Studies**, 1999.
STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model: a decade later. **Omega**, 2010.
WILCOCK, Ann Allart; HOCKING, Clare. **An occupational perspective of health**. 3. ed. Thorofare: Slack Incorporated, 2015.
WORDEN, J. William. **Grief counseling and grief therapy**. 5. ed. New York: Springer, 2018.

Psicologia e saúde: relato de uma experiência de escuta psicológica no hospital

Pedro Igor Zaia
Silvio José Benelli

INTRODUÇÃO.

"Mais fácil que secar o mar, é aprender a navegar..." trago essa afirmação de Alfredo Simonetti (2004), pois acredito representar bem o projeto ao qual me dediquei nos últimos anos e a experiência que irei compartilhar. Ele escreveu que *"Quando o discurso médico fracassa em sua pretensão epistemológica de banir a subjetividade, abrem-se então as portas do hospital para a psicologia entrar"* (2004, p.21), ou seja, a medicina cientifica moderna, com sua visão de sujeito dicotomizada, calcada no modelo biomédico na relação médico-paciente, busca no encontro com o paciente uma restrição objetiva sobre a doença, negando a todo custo o modelo biopsicossocial de saúde que parte de uma visão integrada e complexa do processo de adoecimento. Utilizando o mar como metáfora, o autor nos aponta para a importância da principal tarefa da psicologia hospitalar, sendo ela a de resgatar a vida nesses sujeitos, englobando os aspectos físicos, psíquicos e sociais para, assim, permitir a eles revelarem seus medos, desejos, emoções e sentimentos, vivenciando um processo que lhes permita elaborar tais questões.

Ao ouvirmos no leito do hospital a fala de Maria, que me foi indicada por uma enfermeira devido ao fato de estar muito "tristinha", em minha primeira semana de estágio do projeto no hospital, "Posso falar?", me perguntou ela muitas vezes durante nossa conversa, enquanto me contava sobre aspectos dolorosos de sua vida e, sem entender que havia ali presente um tipo de profissional que estava lhe escutando, experiência que não era comum em sua compreensão de cuidado, no adoecimento. Isso me fez perguntar: quanto da subjetividade dos pacientes lhes era negada por médicos, equipe de enfermagem e pela dinâmica do próprio estabelecimento de saúde?

Além do paciente, há outros sujeitos em cena no nosso trabalho no dia a dia do hospital, dentro da *tríade de relações* apontada por Chiattone (2000) e Simonetti (2004), composta por paciente-família-equipe de saúde, que também nos faz problematizar questões a respeito de atendimento, manejo e cooperação entre os saberes: "Joga pra lá e pra cá e ninguém faz nada. Esse tempo todo com dor e ninguém explica o que está acontecendo", disse-me a aflita mãe de uma paciente, cuja filha já tinha passado por vários atendimentos, em várias unidades de saúde sem ter recebido o devido acolhimento, manejo e escuta por parte das equipes de atenção à saúde. E tendo até mesmo, de forma equivocada, sido informada por um técnico de uma das unidades, que correria de risco de morte, devido a um exame solicitado por um médico, quando na verdade não havia risco algum.

Com relação à integração dos profissionais da equipe, podemos constatar possíveis conflitos entre uma visão biomédica e uma visão biopsicossocial, pois de acordo com Chiattone (2000, p.100), *"Hoirisch (1984) refere-se à metáfora "corpo estranho" para definir a entrada de profissionais da área de saúde mental no hospital, incluindo as dificuldades de relação desses profissionais nas instituições. Além disso, ser visto como intruso pode criar rivalidades, competição e hostilidade na luta pelo espaço institucional (Botega e Dalgalarrondo, 1993)."*. Isso pode ser verificado em minha própria experiência, na reação de uma enfermeira, quando lhe perguntei se havia algum dos pacientes sob seus cuidados que ela achava que precisaria de um acompanhamento psicológico – pergunta comum e frequente do psicólogo que tem sua presença constante nas enfermarias, ela disse diretamente ao responsável pelo setor, referindo-se a mim: "Este rapaz está perdido aqui. Ele não sabe o que fazer, quem autorizou a presença dele na Clínica Médica?". Curiosamente, a mesma enfermeira cuidava de um paciente muito necessitado de atendimento psicológico, mas ela não o indicou para mim. Também fui informado depois que essa enfermeira era "encrenqueira" e sempre "arrumava caso" com alguém da equipe.

Podemos perceber que há três dimensões, distintas – paciente, familiares e equipe profissional – com as quais a psicologia hospitalar se ocupa em seu campo de atuação. O objetivo deste trabalho não consiste em analisar cada uma delas, primeiro por que o tempo semanal de atuação como estagiário no hospital não o permitiria, impossibilitando

abarcar todas as demandas de pacientes, familiares e interação interdisciplinar conjunta com a equipe; segundo, por que como veremos mais á frente os hospitais nos quais o projeto de estágio foi desenvolvido não possuíam efetivamente uma cultura interdisciplinar na abordagem, tratamento e manejo de pacientes e familiares, de tal forma que a prática do estágio acabou por se restringir predominantemente aos sujeitos adoecidos.

Nesse relato, queremos reproduzir as falas dos sujeitos que estavam recebendo atendimento hospitalar, procurando verificar alguns componentes que integram o sujeito dentro de seu atual quadro de hospitalização, o que os sujeitos apresentam em comum e também suas particularidades, por meio de uma escuta psicológica precavida pelos referenciais da Psicanálise na área da Saúde. Também desejamos contribuir para uma orientação quanto a algumas das dimensões com as quais a Psicologia se ocupa no contexto hospitalar, na construção de um referencial teórico específico com objetivo concreto, dada as problemáticas de fragmentação teórica da Psicologia tida como ciência multiparadigmática e seus impasses na transposição para um campo específico como é o hospital, que prejudicam a tarefa do psicólogo que atua nessa área (Chiattone, 2000).

Uma outra dimensão que consideraremos nesse relato, pouco explorada na bibliografia disponível da área, que em muitos casos nem sequer é citada, diz respeito ao aspecto político da instituição de saúde e dos estabelecimentos nos quais ela se desempenha, trata-se de Análise Institucional (AI). A AI, tendo surgido na França, chegou ao Brasil nos anos 70 e, dentre outros campos, também vem sendo aplicada no campo da Saúde Coletiva, como se pode verificar por meio das pesquisas de autores como Luz (1979), L'Abbate (2003; 2012) e Costa-Rosa (2013). Iremos considerar a linha de tradição dialética da análise institucional que esses autores seguem, originada, sobretudo, pelas obras de René Lourau e Georges Lapassade no contexto movimento institucionalista francês. Consideraremos o hospital como estabelecimento localizado no campo político da saúde coletiva, tomada como instituição que produz modos de subjetividade nos sujeitos que dela se servem. É possível constatar os efeitos da luta pela hegemonia entre paradigmas que se contrapõem nas formas de funcionamento institucional do hospital, *"o que significa problematizar a própria constituição do seu campo como um conjunto de*

saberes e práticas, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnicocientífica. (...) como recurso a estudos de caráter sócio-histórico (Savoye, 1988)" apud L'Abbate (2003, p.266). De acordo com Costa-Rosa (2013, p.65), também é importante a análise do discurso institucional: *"Dada a natureza de um discurso ideológico(...)uma interpretação desse discurso e das suas relações com os saberes e as práticas nos permite o acesso a outras funções institucionais"*. Utilizamos alguns referenciais e pressupostos da AI para pensar e compreender certos aspectos do funcionamento do estabelecimento hospital no qual realizamos nossas atividades de estágio. Nesse relato estamos produzindo um tipo de AI *in vitro* (Lourau, 1975).

A experiência que relatamos faz parte de um projeto de estágio profissionalizante intitulado "Prática Clínica e Intervenções em Instituições de Saúde", desenvolvida nos anos de 2018 e 2019, em dois hospitais de um município situado no interior paulista. Um hospital de médio porte – chamado de Hospital 1 – e um hospital de pequeno porte – nomeado como Hospital 2. Para refletir sobre nossas experiências no desenvolvimento do projeto de estágio, também foram importantes os estudos e reflexões oportunizadas pela disciplina "Políticas públicas sociais: instituições, processos de subjetivação e práticas psi". O objetivo do projeto de estágio é aproximar os alunos, que nele participam, de uma Psicologia Hospitalar orientada pelos referenciais da Psicanálise, tendo em vista que uma psicologia em contexto hospitalar não faz parte, de nenhuma forma, da grade do curso de psicologia no qual nos formamos. O paradigma epistemológico que norteia esse o projeto de estágio busca uma visão mais ampla e integrada, na articulação de diferentes formas de saberes que versam sobre o sujeito adoecido, por meio de um paradigma holístico quanto ao processo do adoecimento (Chiattone, 2000; Simonetti, 2004). O efeito clínico mais importante desse paradigma é o de olhar para os doentes como sujeitos adoecidos, em vez de focalizar na doença (Perestrello, 1989).

O SUJEITO NO PROCESSO DE ADOECIMENTO.

A medicina moderna pautada no modelo paradigmático hegemônico biomédico, fundamentada no pensamento cartesiano e no positivismo, trata do corpo físico como uma máquina, um conglomerado de órgãos,

promovendo uma leitura funcionalista de suas diversas peças, por meio de uma prática mecanicista (Mendes, 1999). Esse é o horizonte mais comum que orienta o olhar de médicos e membros da equipe hospitalar, operando como parâmetro típico para enquadrar todos os indivíduos/sujeitos – tomados como casos –, que procuram atendimento num hospital, separando o corpo da mente e desconsiderando possíveis aspectos psicológicos e sociais implicados no processo de adoecimento. Os pensamentos e ideias que embasam determinadas lógicas dicotômicas, tiveram origem na antiguidade e ainda perduram hegemonicamente na atualidade, dividindo corpo-mente, razão-afetos, saúde-doença (Martins, 2000).

O horizonte pelo qual se orienta a perspectiva do projeto de estágio profissionalizante para estudantes de psicologia do qual fizemos parte possui um aporte teórico integrado, incluindo saberes de áreas distintas, sem desconsiderar o corpo físico-orgânico e a contribuição da medicina. Mas se procurava reforçar e valorizar a indissociabilidade do sujeito entendido como biopsicossocial, perspectiva que conduz os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e das pesquisas mais referenciadas na área de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. Trata-se de operar a partir da noção de produção de subjetividade singularizada como um processo que inclui a participação e implicação do sujeito do adoecimento, na indissociabilidade saudessubjetividade no contexto institucional do hospital (Costa-Rosa, 2013).

Mesmo que haja particularidades na forma como cada um é atingido pelo adoecimento, como cada sujeito reage e busca elaborar seu sofrimento, é possível constatar por meio das falas dos sujeitos escutadas nos encontros de atendimento realizados durante a experiência de estágio no hospital, que haveria uma dimensão psíquica incluída no processo de adoecimento. O plano da subjetividade costuma ser ignorado, aspecto comum encontrado em todas as pessoas acometidas por uma hospitalização e que foram atendidos pelo estagiário da psicologia. Acreditamos que isso se evidência por meio das seguintes falas de pessoas hospitalizadas, cada um deles por motivos diferentes:

> "Já tirei um cisto da mama. Parei de menstruar e tive menopausa precoce por conta da quimioterapia. Agora isso (...) difícil dizer como me sinto,

> tenho medo isso eu sei" – Simone, 42 anos, prestes a fazer uma cirurgia para retirar os ovários.
> "Estou há três anos com dor e encostado. Perdi minha mulher por isso (...) deixa nas mãos de Deus" – Miguel, 41 anos, prestes a fazer uma cirurgia de retirada de um cateter.
> "Tenho medo de ficar aleijado, de não poder trabalhar mais (...) talvez não volte a vida de antes (...) muitas coisas passam pela cabeça da gente nesse momento" – Davi, 46 anos, com artrose no joelho.
> "Tenho medo de morrer, ou descobrir alguma alteração no sangue (...) é muito ruim ficar internada, quero ir embora (choro)" – Rosa, 71 anos, prestes a fazer uma cirurgia de pedra na vesícula.
> "Isso não pode acontecer, ele (estagiário de medicina) disse que vai cortar fora meu pênis (...) vou deixar de ser homem(aflito)" – Lucas, 61 anos, diagnosticado com Síndrome de Fournier.

Os fragmentos apontam para um aspecto da subjetividade que evidência um momento em que o sujeito esbarra diante de uma situação de indiferenciação, um sentimento de algo ilimitado, sem fronteiras. Para Lacan tal momento é definido como Real, o que ainda não foi simbolizado ou resiste à simbolização (Lacan, 1998a). O processo de adoecimento, pela perda da saúde, sinaliza para a abertura de uma necessária elaboração psíquica frente à falta ou suspensão da representação para a nova configuração de vida. O adoecimento pode repercutir mudanças em muitos aspectos da vida do sujeito tais como, relações fraternas, relações sociais, trabalho, sexualidade, gênero, disposição do corpo, rotina, dependência, desejos, sonhos, finitude etc. O sujeito adoecido reclama a atenuação da dolorosa e inominável experiência de ter de lidar com a incompletude. Atravessar esse difícil momento pode levar o sujeito a um determinado mutismo por apresentar certo descarrilhamento da cadeia significante (Lacan, 1998b

Quando os significantes, suportes do sujeito, não são suficientes e desabam, o sujeito também desmorona. Essa desordem de uma cadeia significante pode ser desencadeada em momentos de conflito, quando a vida fica nua, sem significantes. A vida nua se coloca para o sujeito como algo que se desvia ao processo de simbolização, excedendo ao campo das representações. A vida nua pode ser caracterizada em Lacan (1998b) como o encontro com o Real, ao nos reportar aos múltiplos momentos que incluem diversos aspectos, tais como tratamento de doenças, as

irregularidades, a morte do outro ou de si e ao recebimento da má notícia de um diagnóstico. Em Freud (1915/1996), o conceito de real pode se articular a ideia de trauma, algo que recai de forma precipitada escapando à simbolização, inapreensível ao sujeito que demandará um trabalho de elaboração psíquica.

Na cena hospitalar, a relação entre a psicologia e a medicina pode ser de aproximação e cooperação, na qual a primeira realmente acaba por ajudar o trabalho de cura da segunda. O que está para além da cura é exatamente o que define a psicologia hospitalar: campo de entendimento e manejo/tratamento dos aspectos psicológicos envolvidos no processo de adoecimento. Consideramos que o termo "aspectos psicológicos" não é igual ao de "causas psicológicas" – classicamente denominadas de "doenças psicossomáticas" –, assim a psicologia hospitalar se liberta da disputa, tão característica do pensamento médico, sobre a causação psicogênica *versus* causação orgânica das doenças. A psicologia hospitalar inclui ambas as questões e entende que todo adoecimento possui aspectos psicológicos e é repleta de subjetividade (Simonetti, 2004). Então, a locução "aspecto psicológico" é assim definida:

> Aspecto psicológico é o nome que damos para as manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. Esses aspectos estão por toda parte, como uma atmosfera a envolver a doença, transmutando-a em adoecimento, e, dependendo do caso, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravante do quadro clínico, como fator de manutenção do adoecimento, ou ainda como consequência desse adoecimento. (Simonetti, 2004, p.16).

É preciso escutar as pessoas doentes e não apenas olhar para a doença, evidenciando o sujeito acometido pelo sofrimento no contexto da sua história pessoal. É importante considerar que ali existe um sujeito, não uma determinada doença que, inclusive costuma ser utilizada para renomea-lo (Angerami-Camon, 1994).

FRAGMENTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.

Felipe, 59 anos, divorciado, primeiro grau incompleto, soldador/montador, encostado do trabalho, estava a dez dias internado por conta de uma crônica infecção nos pés devido ao diabetes. Deveria andar de cadeira de rodas, mas dizia ser teimoso e havia se recusado a utilizá-la. Durante o atendimento fez uma série de associações relacionadas com a atual condição de enfermidade, contando diversos fatos de sua história pessoal, tanto de intensas vivências prazerosas e dolorosas do passado quanto de lamentações atuais. Dizia ele: "*Meu pai e minha mãe encostaram cedo, eu já cresci no meio da doença (...) já fui casado três vezes (...) trabalhei e morei em vários lugares, fui pro trecho (...) abandonei minha família(...) bebia e fumava muito, vivia por aí, ninguém me segurava (...) muitas coisas eu podia ter evitado (...) já tive muitos sonhos*". Estava morando com um dos filhos e seu neto, se queixava da casa, do neto e ansiava por uma companheira para não ficar sozinho. "*Aqui (no hospital) estou sendo bem cuidado, é bom. Elas (enfermeiras) são boas*", disse ele quando questionado se a internação lhe incomodava e se queria voltar pra casa. Ao considerarmos o discurso produzido por Felipe, destacou-se certa referência à felicidade perdida, quando podia fazer tudo como queria, percorrendo o trecho da fantasia onipotente com a qual talvez buscasse aplacar a dor de faltas outras.

Para alguns sujeitos, a felicidade fora vivenciada em poucos momentos da vida, acenando para uma falta na perspectiva lacaniana. Os sujeitos são enredados a um ideal de felicidade, na tentativa de preencher a fenda estrutural, a falta que não tem cura (Lacan, 2008; Freud, 1930-1996). Pelos enunciados de Felipe, há nas entrelinhas implicações do momento atual do sujeito, agora infeliz, com a perda da saúde, com a "felicidade perdida", uma vez que a doença inconscientemente implica uma condição de desamparo e abandono atualizados nesse novo tempo de subjetivação do diagnóstico. Essas implicações resultam, para Felipe, em ganhos secundários da doença: ganhou mais atenção e cuidados (Simonetti, 2004).

Daniel, 22 anos, solteiro, segundo grau incompleto, aposentado (recebe auxílio-doença por invalidez), nasceu com mielomeningocele – malformação congênita da coluna vertebral. É cadeirante e estava internado por conta de uma infecção em um machucado do pé, na qual a doença congênita dificultava a cicatrização. Daniel aguardava ansioso para a confirmação de amputação. Ele havia sido indicado pela enfermeira

que o considerava "estressado" e precisando conversar com o psicólogo. O que chamou à atenção neste caso foi muito mais a revolta do sujeito relacionada a um certo descaso social, que vinha o infligindo a anos, do que propriamente o fato de ter seu pé amputado. "*Não ligo de ter o pé amputado, até prefiro, porque ele só vem me dando muito trabalho e é inútil. O que me irrita é a forma como esses lugares (instituições pelas quais passou) me tratam, jogando pra lá e pra cá e me enrolando*", disse. Até 2010, Daniel tratava de sua condição na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em São Paulo, lugar em que se sentiu amparado e construiu vínculos importantes. Depois disso, a Associação diminuiu sua capacidade de atendimentos, tendo "abandonado" Daniel e muitos outros sujeitos. Dizia ele revoltado, "*O Brasil todo tratava lá(...) fui iludido por que ia fazer uma cirurgia (...) não fui encaminhado com a devida atenção, apenas levei um pé na bunda(...) eles me iludiram*". Daniel e sua mãe vinham buscando, no decorrer de vários anos, por algum tipo de assistência em diversos estabelecimentos de saúde. Buscavam por um atendimento especializado, um suporte adequado para suas necessidades, mas foram muitas as recusas, sem nenhum sucesso. Relatou que antes tinha uma vida mais ativa e maior disposição, mas que há alguns anos estava mais parado pois desanimou e não estava mais circulando pelos lugares que costumava frequentar.

Este caso aponta para o tipo de escuta ampliada que o psicólogo deve desenvolver no hospital – por meio da ética e das concepções da psicanálise – pois se posiciona de modo que escuta um sujeito que está enredado nos fenômenos sociais e políticos. Busca elucidar os modos de captura do sujeito e seus impasses no contexto das malhas institucionais. Estas possuem para o sujeito, função do desconhecimento na formação e manutenção de seu sintoma, de seu gozo, do seu desejo, como denúncia da inconsistência desse Grande Outro-organização social (Rosa, 2004; Guimarães; Celes, 2007). Freud fez uso recursivo da análise de fenômenos sociais para compreender os processos individuais, além de assegurar literalmente que a psicologia individual é, concomitantemente, social. Ele recusou a divisão indivíduo-sociedade, a dicotomia psicologia individual-social, e afirmou uma concepção biopsicossocial. Portanto, unir a escuta da subjetividade por meio de uma busca de dispositivos de análise de que seja possível lançar mão na articulação entre sujeito e sociedade é sempre mais frutífero (Freud, 1921/1990).

Joana, 28 anos, noiva, superior completo, gerente comercial, internada por tentativa de suicídio, pois tinha ingerido uma mistura de remédios com veneno de rato. Ela foi indicada por uma enfermeira sem explicar do que se tratava. Imediatamente, duas coisas chamaram minha atenção e me abalaram: os olhos vermelhos e a forma objetiva e fria com que Joana aludiu a internação. "*O que aconteceu? O que aconteceu foi que tentei me matar!*", respondeu e ficou me fitando. Justificou o ato por ter "muitas dívidas. virou uma bola de neve". Ela mantinha um terço em mãos e relacionou a religião como objeto de reparação: "*O que fiz foi errado (...) sou temente a Deus, estou rezando(...) tenho fé e sei que ele vai me ajudar*". Quando questionada sobre qual teria sido a reação de seus familiares a respeito do ocorrido, respondeu com certa ironia e deboche, inclusive lançando um olhar para o noivo que estava como seu acompanhante no quarto, em que este lhe devolveu o olhar com desdém: "*Minha família é ótima, nem tem o que falar deles(...) meu noivo é incrível*". Pode-se cogitar que existia a participação do sentimento de culpa no discurso de Joana. A religião nesse sentido surgiria assentada no sentimento inconsciente de culpa. Nessa perspectiva, Joana buscaria na religião algo que pudesse aplacar suas angústias e culpas.

Em Totem e Tabu, Freud, considerou que o sentimento de culpa se constitui em organizador da cultura e aponta a dimensão do assujeitamento pelo contexto da intersubjetividade na vida psíquica individual (Freud, 1913-1996). Alguns sujeitos apresentam acentuadas dificuldades de falar sobre as possíveis angústias, decorrentes do fato de que viver torna-se um fardo pesado e, como subprodutos, apresentam sentimentos ou condutas como raiva, inveja e ressentimento de forma intensa e até crônica. Daí a importância de tolerarmos as demandas do sujeito, aprender a ouvi-lo, sabendo que o alívio proveniente do fato de externar suas vivências e emoções contribuirá para melhor lidar com a travessia dos momentos difíceis. No acompanhamento psicoterápico de pacientes que lidam com questões de morte poderemos fazer isso, escutá-los. Não obstante, é necessário que o psicólogo esteja compenetrado de suas próprias defesas e ter enfrentado seu próprio medo da morte (Kubler-Ross, 1998).

Estes sujeitos hospitalizados e vários outros relataram ao final do atendimento que havia sido bom e agradeceram. Puderam encontrar nesses momentos um tipo de pessoa e espaço para externalizar suas

vivências e angústias, de uma forma que até então não lhes tinha sido possível.

No caso do psicólogo, ele se vale de seu único, legitimo e poderoso instrumento: a palavra. Costuma-se dizer que "*o psicólogo só conversa e nada mais*", ou que se deve "*falar menos e agir mais*". Tais provérbios indicam uma quase oposição entre o agir e o falar. É um grande equívoco subestimar o poder das palavras, pois é mesmo possível agir através de palavras, podem-se fazer coisas importantes por meio da fala. O campo da fala é prioritariamente maior para o sujeito do que para o psicólogo, configurando uma conversa assimétrica (Simonetti, 2004). Freud (1915/1996), em seu percurso de transformação de médico em analista, também revelou como a apropriação da linguagem poderia possibilitar um fazer clínico outro, diferente daqueles utilizados em consultas, entrevistas e conversas convencionais, em que a tarefa terapêutica consiste em possibilitar a pessoa a reencontrar o poder das palavras para elaborar seu sofrimento. Ora, pois é disso que trata a *Ética do bem-dizer*, a *Ética do desejo* tratada por Lacan (1998a; 2008), na qual é a palavra que produz um efeito operatório no tratamento possibilitando nova significação dos conteúdos enunciados pelo sujeito, permitindo que ele se escute e se reposicione. É com isso que se ocupa a teoria dos atos de fala, elaborada por John L. Austin (1962). Garcia e Martins (2002, p. 250), em seu artigo sobre lógica conversacional e técnica psicanalítica, afirmou que:

> Se *'no começo foi a ação'* e a *palavra veio depois*, temos a junção dos dois na ideia linguística dos atos de fala, nas palavras que fazem coisas. Lembremos de *Como fazer as coisas com as palavras (How to do things with words)*, de Austin (1962), e toda a ideia pragmática envolvida na fala. Neste sentido, as palavras podem *fazer* terríveis males e bens indizíveis. Elas constroem, destroem, transformam, revelam e servem de alternativa para a ação [...].

No caso do contexto hospitalar, Simonetti escreveu que o campo das palavras é muito mais que "só uma conversa", e o psicólogo deve mesmo se orgulhar disso pois, *"(...) nenhum outro membro da equipe tem treinamento para trabalhar no campo das palavras, que é exatamente onde o psicólogo é o especialista"* (2004, p. 23). Desse modo, foi preciso resgatar a experiência compartilhada da narrativa do sofrimento, evidenciando o sujeito acometido pela doença em uma perspectiva crítica de

psicopatologia, crítica ao diagnóstico médico estrutural e funcionalista – guiado pelos manuais da CID-10 e do DSM – em práticas que se preocupam imperativamente com a nomeação patológica, ficando em segundo plano a narrativa, a escuta do desejo e a conexão com o outro (Dunker; Neto, 2011; Dunker, 2015).

ANÁLISE INSTITUCIONAL.

Durante as primeiras décadas do exercício profissional da Psicologia no Brasil, regulamentada em 1962 por meio da Lei nº 4.119, os conhecimentos psicológicos foram assimilados acriticamente: era massiva a preferência dos psicólogos pela atividade clínica associado ao modelo profissional liberal, moldado à luz das profissões médicas, com abordagens tradicionais centradas no indivíduo; expansão da psicoterapia de forma irregular em nível social; desconsideração dos determinantes sociais nas condutas dos sujeitos; psicologia clínica atendendo as necessidades de classes mais privilegiadas, utilizando técnicas a partir do referencial dessa clientela, entre outras características. O modelo psicológico introduzido influenciou a estruturação dos cursos de psicologia, contribuindo para o desenho do perfil da profissão, incompatível com a realidade brasileira, em que teria produzido um afastamento dos psicólogos dos segmentos do bem-estar social e do setor público, no qual o alcance potencial de serviços psicológicos seria muito maior (Chiattone, 2000; Yamamoto, 2007).

Mesmo depois, a partir da década de oitenta do século XX, com a participação cada vez maior dos psicólogos na política e a inserção da categoria no campo público de saúde, parecem ter suscitado diversas experiências malsucedidas em psicologia hospitalar, contexto da saúde pública que nos interessa neste relato. Esse processo se caracterizou pela inadequação da categoria ao tentar transpor ao hospital o modelo clínico tradicional apreendido, determinando práticas desastrosas distanciadas da realidade institucional e a inadequação na assistência. Não responderam às demandas específicas dos sujeitos atendidos na área da saúde e no contexto institucional do hospital, campos que exigem conhecimentos e técnicas mais específicas e adequadas (Penna, 1992; Angerami-Camon, 1994; Chiattone, 2000).

Queremos chamar a atenção para o tema do *"compromisso social do psicólogo"* que os profissionais da categoria devem assumir, ao se inserirem no setor da Saúde Pública, sem correr o risco de se perderem ou, até mesmo, chegarem a duvidar da eficiência de sua profissão. O campo da Saúde Pública e o hospital não se enquadram no modelo de clínica unidisciplinar/consultório privado ensinado no curso de formação acadêmica. O hospital está inserido no amplo contexto do sistema político de saúde, configurando um lócus de saberes multidisciplinar. É importante considerar a compreensão e o envolvimento da Psicologia com a Saúde Coletiva em uma perspectiva ética e política da profissão (Yamamoto, 2007).

A universidade e o curso de psicologia no qual nos formamos, oferece um aporte teórico crítico em sua grade sobre as atuações em psicologia. Dessa forma, foi possível captar, sentir e refletir sobre certos atravessamentos institucionais notados na experiência de estágio nos hospitais. Entendemos que, para os profissionais da Psicologia que quiserem se inserir no campo hospitalar da Saúde Pública, torna-se necessário considerar e se implicar em uma quarta dimensão, além das três – paciente, familiares e equipe profissional – que constituem o modelo biopsicossocial de saúde na tarefa dos psicólogos no hospital. Mostrou-se necessário considerar também as formas do funcionamento institucional, a fim de compreender suas contradições, limites e possibilidades. Essa quarta dimensão consiste no plano institucional que inclui os diferentes atores institucionais e suas relações, que podem ser captada por meio dos conceitos da AI.

Luz (1979) escreveu que as regras e o jogo de poder dominantes na sociedade são reproduzidos pelas instituições. Nessa perspectiva, *instituição* tem o significado de um conjunto articulado de *saberes* (ideologias) e *práticas* (formas de intervenção normatizadoras na vida dos sujeitos). As instituições seriam parte de uma *estratégia de hegemonia* que visa a reprodução do domínio entre grupos sociais, de acordo com os interesses da classe dominante procura estender para o conjunto da sociedade, que operam no contexto de uma realidade social consoante com o Modo Capitalista de Produção. Hegemonia é entendida como *processo* mutável que consiste no jogo de forças que se conflitam e lutam pelo espaço institucional. As instituições são, assim, lugar singular de luta política (Costa-Rosa, 2013; Benelli; Costa-Rosa, 2013).

A discussão que apresentaremos incluem informações que vieram de conversas informais com trabalhadores dos hospitais, bem como de seus respectivos sites oficiais. Nossa análise tem como intuito de contrapor o discurso manifesto e o discurso latente e fazer revelar no discurso institucional suas lacunas de sentido e as suas contradições. Buscamos captar um pouco da realidade de um dado fenômeno na sua complexidade e dinâmica, no movimento e transformação contínua e construir um conhecimento sobre ele. Essa construção foi viabilizada por meio de uma grade analítica que permitiu fazer uma seleção e um recorte, o que representou uma alternativa útil, sobretudo para um estagiário de psicologia iniciante com pouca experiência e com tempo muito limitado.

HOSPITAL 1.

Em 1972, segmentos filantrópicos da cidade iniciam a construção do *Hospital 1* para o município. No ano de 1988, após dezesseis anos de construção, essas entidades filantrópicas entregaram o hospital com 75% da obra já construída para o Governo do Estado de São Paulo. O *Hospital 1* foi inaugurado e aberto em 1991 para atendimento da população, sendo regulamentado por decreto e lei, que criou sua estrutura. No ano de 2001, o hospital passou a atender unicamente os usuários do SUS, compreendendo a população dos 25 municípios de abrangências do Departamento Regional de Saúde – DRS-IX. O *Hospital 1* é um hospital de médio porte e alta complexidade. É financiado e regido exclusivamente pelo SUS. Não existem atendimentos particulares nem qualquer prática filantrópica no funcionamento deste hospital.

Uma análise detalhada entre os discursos e as práticas que permeiam a forma de funcionamento institucional do *Hospital 1*, nos permitiu elucidar e constatar que os saberes e as práticas que gerenciam esse estabelecimento, chegam a ser vivenciadas pelos grupos e agentes institucionais de forma distorcida como conflitos entre o discurso e a prática, ou seja, entre o discurso latente e o discurso manifesto. Esses conflitos se dão entre dois paradigmas que estão em luta pelo espaço institucional. Um deles, que pode ser designado como "Paradigma de Produção Social da Saúde" (PPSS), dirige-se ao incremento da eficiência gerencial do SUS que implica uma construção social na concepção de processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, com gestão social na

ordem governativa da cidade. A relação entre os saberes dos profissionais do estabelecimento, rompe com a prática hierarquizada de poder que sobrepõe o saber médico aos outros saberes, e estabelece uma prática interdisciplinar, ou transdisciplinar, horizontalizada e cooperativa sobre os agenciamentos e ações dos serviços de saúde. Trata-se de novas concepções de saúde ampliada que desde sua incorporação no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, vem tentando se firmar nos espaços institucionais como Saúde Coletiva. Essa perspectiva é biopsicossocial quanto ao processo de adoecimento, se pretende integral e busca articular saúde com condições de vida, na qual a separação artificial entre ações curativas e preventivas não tem razão de ser, porque o ambiente social pode ter papel curativo importante (Mendes, 1999). O outro paradigma, oposto dialético ao PPSS, é o paradigma flexneriano, ou, "Paradigma Hospitalar Médico Centrado" (PHMC), consolidado a partir das recomendações do famoso *Relatório Flexner*, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie (Flexner, 1910), dirigida à gestão médica na ordem governativa da cidade, sendo a concepção de saúde entendida ou representada como ausência de doença. No enfrentamento de problemas sociais de saúde, obedece a uma lógica medicamente definida pela separação de serviços preventivos e curativos-reabilitadores. Explicitando-se num corte entre causas e efeitos, quanto à questão da produção de enfermidades, as considera desvinculadas das condições sociais que não são questionadas nesse modelo. A relação entre os saberes dos profissionais do estabelecimento possui forte conotação médica hierarquizada, na qual os outros saberes ficam subordinados ao saber médico, tido como a "verdade", em que os primeiros servem apenas de pequenos auxiliadores do segundo. Seus principais fundamentos são: *o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização; a tecnificação; o curativismo*. Não temos dúvida de considerá-lo como paradigma hegemônico nas práticas de serviço e na relação intersubjetiva dos trabalhadores desse estabelecimento.

A esfera do discurso oficial do *Hospital 1*, que representa a instituição no plano da *universalidade*, ou como prática discursiva, tende, a priori, colocá-lo na categoria do PPSS, que se propõe a ser substitutivo ao PHMC. Consideramos que, quanto ao discurso oficial deste hospital, a forma de seu funcionamento institucional é gerido exclusivamente pelos princípios e diretrizes do SUS, significa pressupor, em tese, que o seu

funcionamento institucional esteja consoante com os elementos do PPSS. No exercício de interpretação da análise do discurso desta categoria, no *Hospital* 1, pudemos perceber que ele se anuncia como positividade, como a instituição pretende ser, por ele prevalecer como autoapresentação da instituição (Costa-Rosa, 2013): o *Hospital 1* é regido exclusivamente pelo SUS, sem práticas filantrópicas e atendimentos particulares; acontecem reuniões de equipe semanais e quinzenais para orientações, discussão de casos, informes, etc, que são conduzidas pelo diretor do núcleo, porém, todos tem espaço de fala; sempre que necessário são realizadas reuniões para troca de informações com a rede de atendimento de todos os municípios atendidos pelo *Hospital 1*; tendência a uma concepção biopsicossocial de alguns membros da equipe na prestação de serviços ao público atendido, pois alguns profissionais são mais acessíveis e compõe de fato uma equipe; Projeto Terapêutico Singular, por algum tempo, na enfermaria da clínica médica, com reuniões sobre casos, condutas, pós-alta, encaminhamentos e acompanhamentos, envolvendo a família.

Porém, num segundo momento, há a esfera das práticas do *Hospital 1*, que constitui o plano da instituição como *particularidade*, e tende, a posteriori, colocá-la na categoria do PHMC, que se propõe a manter-se como paradigma hegemônico na reprodução de práticas identificadas com os interesses socialmente dominantes. A esfera da prática é considerada âmbito da negatividade do discurso oficial, pois é nesse nível que demonstra sua capacidade de fazer revelar no discurso institucional seus conflitos e contradições. Contrapor e analisar a categoria da particularidade, suas práticas institucionais, com a categoria da universalidade, seu discurso oficial, significa concluir, de fato, que a forma de funcionamento institucional do *Hospital 1* está consoante com os elementos do PHMC. Essas práticas institucionais estão remetidas à estrutura das relações sociais e intersubjetivas fundada no laço social do "*Discurso Médico*". O Discurso Médico é considerado por Clavreul (1983) como um caso particular do laço social do "*Discurso do Mestre*" proposto por Lacan: no *Hospital 1* não existe interesse, por parte da grande maioria dos médicos e profissionais, em estruturar uma cultura interdisciplinar horizontalizada, pois dá mais trabalho e demanda tempo, e os médicos nunca tem tempo segundo eles mesmos; prática dominante de uma concepção biomédica no atendimento ao público, sendo a grande maioria dos médicos

inacessíveis e não compõe uma equipe, se acham acima dos colegas e não se envolvem, gostam de mandar e demonstram achar que os outros profissionais não tem tanta importância quanto o médico ou estão ali para facilitar o trabalho deles; poucos médicos se mostram abertos à procura dos psicólogos e pouco procuram o psicólogo para conversar, não entendem a implicação da psicologia nos casos e situações; Projeto Terapêutico Singular não se manteve no *Hospital 1*, esgotou-se, não são todos profissionais que conseguem trabalhar assim e tem poucos psicólogos atualmente.

HOSPITAL 2.

Fundada em 1919 sendo, em 1931, transferida a direção do hospital para um segmento filantrópico que, por sua vez, foi agregando à direção outros segmentos filantrópicos no decorrer dos anos até a atualidade. O *Hospital 2* é de pequeno porte e média complexidade. Por um lado, é um estabelecimento filantrópico, privado, sem fins lucrativos e detentora do Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Sociais (CEBAS) na área da saúde, com um setor de leitos e atendimentos exclusivamente conveniados, setor este, que recebe o nome de uma das famílias mais ricas da cidade e região. Por outro lado, grande parte dos atendimentos do estabelecimento são oferecidos ao SUS, não apenas para seu município, mas também doze municípios referenciados, com um setor de leitos e atendimentos exclusivamente SUS.

Ao analisar os discursos e práticas que compõe a forma de funcionamento institucional do *Hospital 2*, chegamos a algumas considerações. A primeira é que o discurso oficial desse estabelecimento, a forma como se apresenta e pretende ser, encontra-se explicitada como dispositivo institucional de cunho filantrópico, privatista e assistencialista. Os serviços de atendimento direcionados aos usuários do SUS, estão relacionados à obrigatoriedade em o hospital particular prestar parte de seus serviços de internação à estes usuários, diante da falta de vaga em hospital público, custeado pelo Estado como direito de cidadania, e também, para manterem sua condição e estatuto do título de filantropia. A segunda é que, sendo um estabelecimento de saúde que se apresenta no discurso oficial – *universalidade* – como um hospital filantrópico-privatista-assistencialista, suas práticas institucionais – *particularidade* – não

demonstram ações e atividades que se orientem pelo PPSS. Desse modo, uma das formas de funcionamento institucional do *Hospital 2* encontram-se consoantes com os elementos de poder hegemônico do PHMC: no *Hospital 2* não acontecem reuniões de equipe multiprofissional para discussão, manejo e planejamento dos serviços de atendimento; não acontecem reuniões e interações multiprofissionais entre este hospital e a rede intersetorial de saúde da cidade; há relação hierarquizada do saber médico, distanciados e pouco acessíveis, sobre os outros saberes, tidos como auxiliadores do primeiro, atestando uma prática dominante de concepção biomédica de saúde; relação entre os profissionais pautadas por "ordens" sem qualquer interação interdisciplinar; poucos médicos se mostram abertos à procura do psicólogo e não entendem a implicação da psicologia nos casos e situações.

A outra forma de funcionamento institucional paradigmática hegemônica no *Hospital 2*, sendo complementar e pactuando interesse com o PHMC, está relacionada às sequelas de questões sociais transformadas em políticas estatais e tratadas de forma parcializada, que representa um ajuste neoliberal diante dos desajustes sociais, na lógica da parceria com o "Terceiro Setor". Com isso, constatamos a mercantilização dos serviços e a filantropização das respostas à "questão social", que transfere para a sociedade civil parte da responsabilidade pela oferta de serviços, que deixa de ser do Estado, tendo como consequência a despolitização dos conflitos sociais (Yamamoto, 2007). Assim, o *Hospital 2* é efetivamente constituído por um paradigma hegemônico denominado como "Paradigma Filantrópico", caracterizado em promover uma assistência social da elite econômica, por meio da filantropia benemerente dos ricos enquanto ajuda samaritana, favor, benesse, assistencialismo e tutela, baseado na ideia de caridade, cuja ação fundamenta-se em preceitos religiosos cristãos e moralizantes. É uma figura histórica importante quanto as práticas sociais consideradas funcionalistas, não-críticas e promotoras de controle e ajustamento social. Visa promover uma integração subordinada dos indivíduos pobres no sistema social, em uma relação hierarquizada de poder entre os profissionais, voluntários e os usuários. Os pobres são tratados por instituições/estabelecimentos filantrópicos com paternalismo, por meio de práticas assistencialistas focalizadas, sem jamais problematizar as causas estruturais que produzem esses problemas (Benelli; Costa-Rosa, 2012): no *Hospital 2* não acontecem reuniões de

equipe multiprofissional nem reunião intersetorial com a rede de saúde da cidade, mas, por outro lado, acontecem reuniões periódicas entre a direção/coordenação do hospital com segmentos filantrópicos da cidade e região.

Nos dois estabelecimentos que demonstram diferentes possibilidades da instituição da Saúde nos quais realizamos nossa experiência de estágio, os profissionais de ambos sublinharam uma sobrecarga de trabalho, desânimo no ambiente e seus baixos salários. Também destacaram que os dois hospitais são referências nos serviços de saúde curativa de toda região e que são os principais supridores de demandas nesse âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste relato, procuramos descrever um pouco sobre a aproximação da experiência de um estagiário de psicologia no contexto hospitalar, se ocupando com seu campo de atuação. Destacamos o sujeito no processo de adoecimento ampliado em uma parte de sua subjetividade biopsicossocial, contra o reducionismo esgotado do modelo biomédico de saúde. Também procuramos descrever sobre a dimensão política dos estabelecimentos, nos paradigmas institucionais que se atravessam por meio dos discursos e as práticas dos profissionais. Os encontros de estágio do hospital e a disciplina de políticas públicas sociais possibilitaram estas leituras, reflexões e a produção deste relato, que dialogavam com uma linha teórica, da escuta psicológica, avisada pelos referenciais da Psicanálise e da Análise Institucional.

Percebemos que estas duas dimensões destacadas neste trabalho são interdependentes, uma não é possível sem a outra, ou seja, o tipo de prestação de serviço oferecido aos sujeitos hospitalizados e a relação entre os profissionais do estabelecimento, seja elas de cunho biomédico curativo ou biopsicossocial, são diretamente proporcionais ao modelo paradigmático sobre a concepção de saúde que rege a prática institucional. Isso não significa que, nos hospitais em que o projeto de estágio se desenvolveu, haja unanimidade sobre a concepção de saúde, mas fez revelar um sistema dominante de crenças e uma certa estabilidade entre diferentes concepções que coexistem no e pelo espaço institucional.

O projeto de estágio insere os alunos num cenário que contrasta com as perspectivas mais tradicionais em que os cursos de psicologia foram

estruturados. Há uma subversão da lógica do exercício da profissão no campo clínico, pautado no modelo liberal, como consultório de atendimento individual e sigiloso, procurado pelo cliente que paga por sua demanda, exerce sozinho seu saber sobre o objeto, e tanto marcou o ensino e pesquisa da profissão como, também, figura do imaginário social. Os hospitais nos quais os estagiários de psicologia se inserem estão incluídos no campo institucional do Sistema de Saúde, respondendo a uma multiplicidade de atravessamentos que coloca o profissional numa dinâmica muito mais grupal e intersubjetiva, com a ética do sigilo muitas vezes comprometida, trabalhando com outros saberes de forma cooperativa com sujeitos que não solicitaram atendimento psicoterapêutico, e que se encontram em um período transitório pelo estabelecimento. Tudo isso implica variações, de um estabelecimento hospitalar para outro, quanto aos limites e possibilidades do âmbito de ação da Psicologia no contexto hospitalar, configurando-a como uma das chamadas "Áreas Emergentes" da Psicologia.

Por ser um campo de atuação relativamente recente com suas pesquisas e publicações, sem fazer parte convencional das grades dos cursos de graduação e buscando ainda se firmar nos espaços institucionais, é comum que as atividades dos psicólogos nos hospitais seja vista com certa estranheza pelos outros profissionais e os pacientes, sofra resistência quanto à sua aceitação e integração, e possa gerar sentimentos de constrangimento, receio e impotência do próprio profissional ou estudante de psicologia. Lidar com essa rede multifacetada de atravessamentos que compõem a Psicologia Hospitalar, por meio de estudos, pesquisas e atuações, é o grande desafio posto para os integrantes da categoria que queiram, não somente se inserir na área dos hospitais, mas em todo campo clínico do "Estado de Bem-Estar Social", sem se perder ou cair em posições do tipo fatalista-comodista. Isso representa um desafio ainda maior quando vivemos em tempos em que há uma crise geral das instituições, que são vistas pela população como inimigas, enquanto o atual governo federal promove uma compulsivamente o desmantelamento de políticas públicas, desvaloriza a ciência, os espaços sociais e seus agentes, suas concepções de política se revelam genocidas, contrárias ao meio ambiente, os povos indígenas e todas as vidas humanas que expõe ao desamparo mortífero da pandemia Covid-19.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

AUSTIN, J. L. **Quando dizer é fazer: Palavras e ação**. Tradução de Danilo Marcondes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Paradigmas diversos no campo da assistência social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. **Psicologia USP**, v. 23, n. 4, p. 609-660, 2012. https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000400002

BENELLI, S. J.; Costa-Rosa, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na assistência social. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, n. 2, p. 283-301, 2013. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200015

CHIATTONE, H. B. C. Significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000. p. 73-167.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011. https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma.** São Paulo: Boitempo, 2015.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FREUD, S. Totem e tabu. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1996.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise: introdução do editor inglês. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.
FREUD, S. Psicologia das massas e análise do ego. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1990.
FREUD, S. O mal-estar na civilização. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 19301996.
GARCIA, S. R.; MARTINS, F. Lógica conversacional e técnica psicanalítica. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 5, n. 2, p. 249-270, 2002. https://doi.org/10.1590/S1516-14982002000200004
GUIMARÃES, V. C.; CELES, L. A. M. O psíquico e o social numa perspectiva metapsicológica: o conceito de identificação em freud. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 341-346, 2007. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000300014
KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.
L'ABBATE, S. A. Análise institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 265-274, 2003.
L'ABBATE, S. A. Análise Institucional e intervenção: breve referência à sua gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, 94-219, 2012.
LACAN, J. **O seminário**, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.
LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b.
LACAN, J. **O Seminário**, livro7: a ética da psicanálise (1959/60). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.
LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
MARTINS, A. Nietzsche, Espinosa, o acaso e os afetos encontros entre o trágico e o conhecimento intuitivo. **Revista O que nos faz pensar**, Rio de Janeiro: PUC-RJ, n. 14, 183-198, 2000.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-300.
PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. São Paulo, Atheneu, 1989.
ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008&lng=pt&tlng=pt >.
SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 30- 37, 2007. https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100005

Infância invisível na Amazônia: o impacto do HIV na vida de crianças e adolescentes no Pará

Dorotéa Albuqueque de Cristo
Ana Wladia Silva Lima

.

INTRODUÇÃO.

A Lei Federal nº 14.289, de 03 de janeiro de 2022, tornou obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV), das hepatites crônicas (HBV e HCV), de pessoas com hanseníase e tuberculose. Esta iniciativa veio atender a uma necessidade de punir com rigores legais indivíduos que, usando de preconceito, expõem publicamente o diagnóstico de outros que vivem com essas infecções, seja por vingança, prática de bullying, ou outras formas de violência, levando a um sofrimento maior do que viver com as doenças, podendo causar danos físicos, sociais, psicológicos e/ou sexuais às vítimas.

O objetivo deste relato de experiências é apresentar as principais dificuldades regionais que impactam a vida, especificamente das crianças e dos adolescentes que habitam as distantes regiões amazônicas, com o objetivo de contribuir para reduzir as dificuldades encontradas. Os fenômenos compartilhados não são de uma única família, e sim, de muitas, e de diferentes localidades, espalhadas pelo imenso Estado do Pará.

O relato da experiência das autoras, profissionais de saúde de uma Unidade de Referência Materno Infantil, não pretende discutir o diagnóstico, nem tampouco o tratamento oferecido ou os espaços de atendimento. A única intenção é refletir histórias compartilhadas, relatar fatos que fazem parte do Brasil e que caracterizam o imenso Estado do Pará e, em consequência, a região Amazônica, impactando a vida das pessoas, principalmente crianças e adolescentes, que necessitam de tratamento fora do seu domicílio (TFD), programa instituído para essa finalidade.

Longe de significar um polo de oportunidades de crescimento, considerando sua riqueza em termos de recursos naturais, a região amazônica é caracterizada, no Brasil, pela vulnerabilidade socioeconômica cada vez

maior de seus habitantes e pela exploração ilegal de suas riquezas, gerando conflitos fundiários, degradação da floresta e falta de empregos formais. Quando se fala de região amazônica, está se falando não somente de uma floresta, mas sim de uma área que se estende por nove países da América do Sul e nove Estados do Brasil, incluindo o Estado do Pará. (Guimarães e Pimentel, 2022)

O Pará é o segundo maior Estado do Brasil (área total de 1. 245. 870.798 km²) e o mais populoso da região norte (8.664.306 habitantes). A capital Belém é o município mais populoso (1.398.531 habitantes) dos 144 municípios que compõem o Estado, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com toda essa dimensão territorial é de se esperar uma grande variedade cultural, de sotaques, costumes e clima. A capital Belém, localizada no norte do Estado, fica muito distante de municípios como Cametá, por exemplo, que fica no nordeste paraense, distante mais de 600 km da capital.

Essas distâncias entre os municípios do Pará acabam inviabilizando o acesso a serviços, como tratamento de uma doença, só disponíveis na capital ou em alguns municípios mais desenvolvidos, como Marabá e Santarém. Infelizmente, ainda existe um problema crônico no Estado, a dificuldade de cumprir o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), que é a municipalização da saúde e a transferência de responsabilidade e recursos para os municípios, para que possam coordenar e acompanhar a saúde local.

O arquipélago do Marajó, no Pará, considerado a maior ilha marítimo-fluvial do mundo, formado por 16 municípios, tem como maior desafio, a distância. O acesso à saúde e educação está espalhado ao longo do arquipélago e não alcança todas as localidades, não restando outra opção aos habitantes, a não ser se deslocarem para a capital (IBGE)

Melgaço, que é um dos municípios do arquipélago do Marajó, tem quase 25.000 habitantes, sendo que mais 70% vivem na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Melgaço, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é o pior do Brasil (Dantas, 2024).

Com todas essas adversidades, as crianças que nascem nessas regiões, convivem com a miséria, a violência, a exploração sexual, conflitos de terras e tráfico de drogas. Sabe-se que, em qualquer sociedade

desenvolvida, a criança é prioridade absoluta por ser mais vulnerável. Para crescerem saudáveis, suas necessidades físico-psicológicas precisam ser atendidas.

Na região amazônica existem múltiplas infâncias, as indígenas, ribeirinhas, as da periferia e das zonas rurais. Infância Invisível significa uma existência desconhecida pelo resto do país, carente de direitos, e que passa despercebida pelo sistema de proteção social. São crianças que existem de fato, mas distantes dos principais centro e sem acesso a direitos. Esta constatação é especialmente cruel na medida em que se conhece as desigualdades a que são submetidas. Não se pode mais adiar o enfrentamento desta problemática. Alguma coisa precisa ser feita com urgência, considerando-se a complexidade da situação e suas implicações.

Os fenômenos aqui compartilhados permitirão examinar como os fatores socioambientais interferem na vida de crianças e adolescentes que vivem com o HIV na Amazônia, e como esses fatores influenciam a adesão ao tratamento.

No desenrolar das histórias compartilhadas pelas crianças e adolescentes nos momentos de consulta psicológica e social, o medo, as inseguranças e as tristezas são os significados presentes em seus relatos, mas também estão presentes a esperança e perspectiva de um futuro diferente.

Enquanto profissionais da saúde, convivemos com a certeza de que a ciência progride e, a cada dia, novas descobertas são feitas, trazendo esperança de uma vida plena e saudável para essas crianças e suas famílias, porém, as adversidades ainda são imensas e muita coisa precisa ser feita para reduzir as dificuldades.

VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA.

A região norte e os diversos municípios com distâncias territoriais imensas da capital do Estado, expõe a população ao isolamento geográfico e lança esses indivíduos a uma extrema suscetibilidade. A escassez extrema de recursos disponíveis leva à insegurança alimentar. São muitas famílias que dependem da pesca, do trabalho na roça ou, na sua grande maioria, apenas dos benefícios sociais.

De acordo com dados da Unicef (2019), as áreas rurais do norte do país ficam desassistidas, sem acesso ou com acesso limitado aos serviços

de saúde, educação e proteção social. Os indicadores sociais revelam que crianças amazônicas têm maior risco de morrer antes do primeiro ano de vida e de não chegar a concluir o ensino fundamental. As crianças são mais expostas a várias formas de violência e a taxa de gravidez na adolescência é mais alta que no resto do país.

A Amazônia Legal é a região que apresenta os piores índices de mortalidade infantil do Brasil. (Unicef, 2019).

Crianças que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), necessitam fazer acompanhamento em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) para controlar a infecção, e estão mais sujeitos a sofrerem danos, por conta da escassez de recursos, sejam físicos e emocionais. Com o tratamento adequado, através de exames de carga viral e tratamento com antirretrovirais (TARV), que são os medicamentos utilizados para tratar a infecção pelo HIV, a criança mantém o vírus indetectável (quantidade de vírus baixa, a ponto de não ser detectado pelos exames laboratoriais), garantindo qualidade de vida.

O objetivo do atendimento psicossocial é garantir adesão ao tratamento e prevenir a perda de segmento (abandono do tratamento). A finalidade do atendimento pode ficar comprometido pela dificuldade de adesão, considerando as distâncias e os problemas financeiros e de saúde das famílias.

Alguns relatos das crianças, que não tem três refeições por dia, ou desconhecem o significado de um café da manhã, mobilizam profissionais que se perguntam, o que fazer diante de uma realidade dolorosa que se impõe diante de todos, seres privilegiados, com família bem nutrida, e três fartas refeições? Como amenizar aquele medo, aquela dor, e oportunizar uma vida mais saudável àquelas famílias? São oferecidos apoio psicológico, social, de material escolar e apoio alimentar, mas sabe-se que não é suficiente para suprir todas as necessidades de pessoas em desenvolvimento.

No exercício das profissões da área da saúde, é comum se distanciar das dores, como forma de defesa, e esse distanciamento pode comprometer a compreensão da intensidade do sofrimento alheio e a empatia. Nossas experiências anteriores não estavam nem próximo do que experienciamos no serviço de atendimento a famílias com vulnerabilidade socioeconômica extrema, e vivendo com o HIV.

Para evitar contato com a dor, muitos colegas de profissão evitam atender crianças com dificuldades, seja de saúde ou social. Dessa forma, tanto não ajudam a reduzir o sofrimento delas, como ficam privadas das alegrias sentidas em cada obstáculo superado e cada vitória conquistada pelas crianças e suas famílias.

Alguns rostos são conhecidos por nós, que atendemos aquelas crianças e suas famílias uma vez por mês, vindas de todos os municípios do Pará, sem CTA/SAE que atenda crianças e adolescentes. Acompanhamos o crescimento, as dificuldades e as vitórias compartilhadas com satisfação pelos pequenos usuários que acompanhamos.

Em tempos de rede social, em que pessoas são julgadas, política de benefícios sociais são criticadas e o indivíduo que depende de benefício social é julgado como alguém com vida parasitária; fica difícil esclarecer que os valores recebidos são apenas paliativos, apenas para abrandar um problema mais grave, buscando satisfazer as necessidades fisiológicas básicas, de sobrevivência.

De acordo Silva (2024), o salário-mínimo acaba agravando as vulnerabilidades do trabalhador brasileiro. Sem um salário-mínimo justo, as vulnerabilidades enfrentadas pelos trabalhadores tendem a se intensificar e acabam impossibilitando o acesso a uma vida digna. Atualmente, o salário-mínimo é apenas existencial, ou seja, busca satisfazer apenas saúde, alimentação e habitação. As demais necessidades humanas, como a cultura, política e a vida social, ficam fora dessa conta.

Se avaliarmos o valor real do salário-mínimo no Brasil, fica claro que saúde plena, de qualidade; e uma alimentação adequada, assim como aluguel ou financiamento de um imóvel, que possa garantir segurança, não cabe no orçamento dos trabalhadores assalariados brasileiros.

Em Belém, de acordo com pesquisa do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) o valor da cesta básica de alimentos ficou em torno de R$ 727,70 em junho de 2026. Considerando o valor do salário-mínimo, de R$1.621,00 e do bolsa família de R$ 600,00, dá para perceber o quanto depender dessas rendas impacta na saúde mental dos trabalhadores, já que a pressão financeira constante favorece o desenvolvimento de transtornos como ansiedade e depressão.

A falta de recursos impede o acesso a uma dieta rica em nutrientes e balanceada, levando as crianças à desnutrição ou as famílias ao consumo de alimentos ultraprocessados, de baixo custo, que são responsáveis por

maior índice de obesidade, diabetes, hipertensão, câncer, e outras doenças crônicas.

Para as equipes dos CTAs, o maior desafio em relação às crianças e adolescentes, é a dificuldade delas em aderir à Terapia Antirretroviral (TARV), com queixas em relação ao sabor amargo do xarope, do comprimido ou da dificuldade para engolir uma pílula tão grande. Esta recusa afeta o controle da carga viral, favorecendo a resistência do HIV. Uma das estratégias da pediatria e da nutrição, assim como da farmácia, é macerar (triturar) o comprimido ou diluir no suco, iogurte, purê ou em outros alimentos.

O desafio da resistência à adesão é trabalho de toda a equipe, porém, as dificuldades na administração dessa TARV no ambiente familiar são mais complexas, pois envolvem ausência dos responsáveis, que passam o dia trabalhando, e falta de um alimento que facilite a ingestão da medicação. Já aconteceu de uma criança só tomar o remédio durante o lanche na escola, pois não tinha café da manhã em casa.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), A avaliação do estado nutricional tem se tornado aspecto cada vez mais importante, tanto para estabelecer situações de risco, como para planejar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

A SBP inclui como necessidade nutricional o aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, ingestão de leites, carnes, ovos, frutas, pães e outros. Uma alimentação adequada irá proporcionar à criança uma vida mais saudável, um crescimento adequado, prevenindo doenças futuras e trazendo uma nutrição ideal. (SBP, 2009)

O consumo de ultraprocessados de baixo custo está amplamente presente no cotidiano de crianças com poucos recursos para terem alimentos saudáveis na sua refeição. Só para citar um exemplo, uma criança, de dez anos, pediu de presente de aniversário, uma lata de leite Ninho, pois era seu sonho.

Os alimentos ultraprocessados de baixo custo são produtos industriais (como macarrão instantâneo, salsichas, mortadelas, biscoitos e refrigerantes) fabricados com alto teor de açúcar, sódio e gordura. São pobres em fibras, proteínas e micronutrientes, e correspondem a principal alimentação das crianças e adolescentes que fazem acompanhamento para controle do HIV.

A própria infecção por HIV pode comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. Com a adesão da TARV isso pode ser evitado, porém com a dificuldade de adesão à TARV, e nutrição pobre de nutrientes, esse desenvolvimento fica comprometido, e a saúde debilitada.

OS ÓRFÃOS DA AIDS.

Um órfão da AIDS é uma criança ou adolescente que perdeu um ou ambos os pais devido a complicações da doença. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF, cerca de 16,6 milhões de crianças tornaram-se órfãos por causa da infecção por HIV /AIDS.

A realidade do norte do Brasil e mais especificamente, no Pará, leva a um sofrimento que transcende o período do luto materno e paterno, assim como o preconceito que sofrem dentro das famílias e da escola. Essa realidade é bem mais complexa em populações rurais, ribeirinhas, com poucos recursos financeiros. As crianças vão para lares substitutos, morar com parentes, amigos, avós ou para acolhimento institucional.

No Brasil, o preconceito contra pessoas que vivem com o HIV (sorofobia) é crime sujeito a reclusão de 1 a 4 anos e multa, porém, muitas pessoas soropositivas já sofreram discriminação, tanto no meio familiar, quanto no ambiente de trabalho e até nos espaços de saúde, com quebra de sigilo, ou mesmo sendo expostas nas redes sociais, por ex-parceiros.

O estigma leva muitos indivíduos, Jovens, adultos ou idosos, que se deparam com esse diagnóstico, a buscarem se defender através da omissão do diagnóstico e até ao abandono do atendimento. Com medo da exposição, se isolam e evitam fazer a TARV, para que não descubram seu diagnóstico, ou não levam as crianças para acompanhamento, evitando as perguntas de familiares e vizinhos.

O medo do abandono pelo parceiro e parceira é outro fator que dificulta a adesão ao tratamento. A principal barreira acaba sendo o autoestigma, ou seja, a vergonha e culpa que sentem por viverem com o vírus, fazendo com que o indivíduo evite os contatos sociais e o acompanhamento médico.

O preconceito leva à perda de segmento, que consequentemente faz com que o vírus volte a se multiplicar, elevando a carga viral e permitindo

o avanço para a fase da doença, a Aids, podendo levar à morte física, pela complicação das infecções oportunistas.

A forma como a criança assimila a morte depende de sua fase de desenvolvimento, e estamos falando de crianças sem nenhuma falsa expectativa de que seus pais, principalmente sua mãe, irão retornar. Estamos falando de crianças que convivem com a perda dos genitores aos poucos, com o adoecimento de seus pais por uma doença que os expõe desde cedo ao medo e à impotência. Outras vezes nem conhecem os genitores, que já partiram antes que eles pudessem ter consciência de estarem no mundo.

Muitos casos são de morte pelo suicídio, por não conseguirem conviver com a exposição, o preconceito e o julgamento social. O risco de suicídio é grande entre pessoas que convivem com preconceitos no ambiente de trabalho, na família e até na cidade.

Em municípios pequenos, distantes da capital, os usuários necessitam se deslocar para fazer o tratamento em outros centros, e acabam ficando mais expostos na comunidade, já que precisam fazer viagens mensais, com o TFD (Tratamento fora de domicílio), um benefício do Sistema Único de Saúde, que fornece ajuda de custo (transporte, alimentação, hospedagem) para usuários que necessitam fazer tratamento em outro município.

É comum em pequenas comunidades, em municípios mais distantes, as pessoas compartilharem diversas vivências, sejam positivas, sejam negativas. Não é incomum a curiosidade em saber por que a criança precisa de tratamento, a mãe não pode amamentar, a mãe está fazendo medicação. Essas questões levam indivíduos a omitir e até criar uma justificativa irreal para a necessidade de tratamento.

Geralmente, usuários conseguem lidar bem com essas condições, e ressignificam esses obstáculos, porém, outras circunstâncias, como o casal residir com vários outros familiares na mesma casa, a dependência financeira de terceiros, ou o medo do abandono em parceiros sorodiscordantes, leva pessoas a uma vida inautêntica, isolada, com maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade e depressivos.

Além de viver de forma inautêntica, isolada dos grupos, precisar omitir seu diagnóstico de parceiros e familiares, tem, ainda, as crenças religiosas, que levam o indivíduo à culpa e ao medo de estar sendo punido pelos castigos divinos. A culpa leva ao isolamento e à dificuldade de

adesão ao tratamento. O risco de suicídio é muito maior em pessoas com transtornos mentais.

Quando a criança perde um dos genitores, perde sua principal referência de afeto no mundo. A morte da mãe, que é uma das experiências mais impactantes que uma criança pode vivenciar, é uma experiência presente na vida de muitas crianças soropositivas, já carentes de quase tudo. Quando esse laço se rompe a criança não só pode se afastar da sua casa, mas também de seus irmãos e até da localidade em que vinha crescendo.

A criança passa a conviver com a perda do mundo que conhecia, e o familiar que irá assumir seus cuidados também precisa de acolhida para ajudar a criança a lidar com toda o sofrimento advindo do desmoronamento de sua família. É importante que a criança vivencie sua dor, ressignifique experiências passadas para refazer o sentido de sua existência.

O preconceito existe e sabe-se que é muito difícil lidar com ele ao escolher pela adoção de uma criança soropositiva. A família extensa (ou ampliada), que é formada por parentes próximos, como avós, tios, irmãos e primos, com fortes laços afetivos, é surpreendida pelo diagnóstico da criança, já que ignoram, muitas vezes, o diagnóstico dos pais, conhecido somente após o óbito.

Crianças e, principalmente adolescentes, inseridos em família extensiva, ou em instituições de acolhimento, apresentam maior risco de desenvolverem algum transtorno mental, como a depressão; ou comportamento de risco, como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O serviço psicossocial dos serviços especializados, como os CTAS, que atendem crianças e adolescentes, devem cuidar da maior vulnerabilidade social dessas crianças e adolescentes, buscando estratégias de acompanhamento e apoio, junto a outros setores, nos municípios de origem daqueles que assumem o cuidado das crianças após a orfandade, sejam eles da família ampliada ou agentes dos serviços de acolhimento institucional.

REVELAÇÃO DOLOROSA.

De acordo com a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), de 2025, o índice de estigma a pessoas vivendo com o

HIV aponta que 52,9% das pessoas soropositivas vivenciam algum tipo de discriminação ao longo da vida.

O estigma da epidemia de Aids, revelada na década de 1980, foi atravessada por forte estigma social. Durante a pandemia, na época, os homossexuais, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, foram os grupos mais atingidos. Com esta associação, a doença gerou pânico moral e diversos outros preconceitos e tabus atravessados em relação à sexualidade.

Ao ser associada a grupos determinados (chamados, na época, de risco), as vítimas, principalmente dos primeiros casos diagnosticados, que eram homens homossexuais, foram culpabilizados pela contaminação, sendo julgados e isolados socialmente, antes da morte física. (UNAIDS, 2025)

O rótulo negativo que envolve indivíduos soropositivos, relacionado à história passada, cheia de preconceitos morais, moldou a relação atual com o HIV/Aids, deixando enraizada a forma como a sociedade lida, até hoje, com pessoas que vivem com o HIV.

Crianças e adolescentes não viveram esse momento histórico e, graças aos avanços científicos, viver com o HIV não significa mais uma sentença de morte. Hoje, estando com carga viral indetectável (com o uso correto da TARV), não transmite o vírus por via sexual.

Outro avanço foram os atuais métodos de profilaxia. Ao nascer, o recém-nascido exposto ao vírus, faz medicação profilática por 28 dias. Se uma pessoa for ter relação sexual com pessoa soropositiva, faz uso da profilaxia Pré-Exposição (PrEP), ou se foi exposto ao vírus, pode fazer a profilaxia Pós-Exposição (PEP), o que permite um controle maior da infecção.

Infelizmente, apesar de todo controle que existe, o preconceito persiste e atinge crianças e adolescentes, que não compreendem a razão de serem indesejadas e isoladas. O preconceito do HIV/Aids é alimentado, até hoje, pela desinformação e pelos mitos em torno da forma de transmissão.

A revelação do diagnóstico de HIV a adolescentes é um processo complexo e gradual, que envolve não somente o serviço de psicologia, mas também os responsáveis legais pelo adolescente e a equipe multiprofissional. A revelação é gradual, iniciando ainda na infância, através de materiais lúdicos, que ajudam a explicar de forma mais acessível à criança

como o vírus age no corpo e a importância de aderir à terapia antirretroviral. Em respeito à criança e considerando seu nível de desenvolvimento, a revelação na infância não inclui o nome do vírus, até para protegê-la dos preconceitos sociais.

A partir da adolescência, e visando preparar o adolescente para lidar com a vida sexual e a prevenção, com autonomia, a revelação do diagnóstico é feita de forma dialogal, através de materiais educativos e ilustrativos e sessões de aconselhamento, envolvendo responsáveis e cuidadores. Entrevistas abertas e escuta empática ajudam a lidar com sentimentos de medo, culpa ou ansiedade, que podem ocorrer durante o processo.

Um trabalho de equipe bem programado, pode levar o adolescente a lidar com a infecção com um significado diferente daquele dos seus pais, já que sua vivência é de um outro momento social e histórico, sem o peso da pandemia das décadas de 80 e 90.

Convivendo com adolescentes, que estão iniciando sua vida sexual e com dificuldade de manter a adesão à TARV, buscamos sempre uma abordagem de escuta de seus significados sentidos, com aceitação, sem julgamento e com autenticidade. Para Rogers, as condições de facilitação (aceitação positiva da pessoa, a escuta empática dos significados e a autenticidade do terapeuta) permitem a reflexão dos significados e o resgate de sua capacidade natural para crescer e transformar (tendência atualizante), de maneira autêntica (Rogers, 1983).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta, marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Entretanto, considerando uma compreensão fenomenológica, a adolescência é vista como um fenômeno que deve ser compreendido, não só, pelo olhar biológico, mas sim em sua totalidade (biopsicosocioespiritual). Cada adolescente tem sua singularidade, e o contexto social e cultural, também são partes integrantes do seu autoconceito (*self*).

> Não podemos falar de uma adolescência geral, que se apresenta da mesma forma e ao mesmo tempo, em diversas culturas. O que existe são adolescentes, seres únicos, que realizam o seu adolescer de maneira individual, particular. Isso chama a atenção para o fato de que essa fase do desenvolvimento deve ser entendida como um fenômeno psicossocial (Silva dos Santos, 2015 apud Azevedo, 2006. p. 24-25).

No Pará, principalmente nos municípios mais afastados da capital, os adolescentes encontram-se em região de maior vulnerabilidade e onde as medidas de prevenção pouco atingem às famílias, principalmente em localidades sem acesso à internet, e onde a vida sexual é precoce, iniciada antes dos 14 anos. Como a influência das Igrejas é muito forte nos municípios mais distantes, o tabu em torno dos temas da sexualidade impede a orientação às crianças e adolescentes.

De acordo com pesquisa recente (Maia da Silva, *et al*, 2026), enquanto nas demais regiões do Brasil houve uma redução nos diagnósticos da infecção por HIV, a região Amazônica registrou um crescimento expressivo nos casos (mais de 20% em dez anos), indicando uma vulnerabilidade contínua na demografia local.

A vulnerabilidade ao HIV é ampliada pela não adoção de medidas de prevenção, como o uso do preservativo, influenciada pelas construções socioculturais da masculinidade hegemônica, em que meninos subestimam sua própria vulnerabilidade. Em relação às meninas adolescentes, são mais suscetíveis ao vírus, devido a questões sociais e de gênero, que reduzem seu poder de decisão sobre o uso de preservativos durante o ato sexual.

> É provável que muitas infecções ocorram na adolescência, devido ao longo período em que a doença pode ser assintomática, colocando os jovens como um grupo altamente vulnerável ao HIV, não apenas pelo início precoce da atividade sexual, mas também pelos comportamentos de risco que aumentam a probabilidade de contrair e disseminar o vírus. (Maia da Silva, *et al*, 2026).

Diante do exposto e o contexto em que estão inseridos, o aconselhamento multiprofissional não envolve somente orientação em relação ao vírus ou à TARV, mas também a compreensão do adolescente sobre a epidemia do HIV e como percebem a sexualidade, a responsabilidade e o uso de preservativos.

Durante o aconselhamento psicológico, é preciso considerar crenças do adolescente, nível de maturidade e envolver a equipe multiprofissional e os responsáveis, na revelação. O diálogo aberto aumenta a adesão ao tratamento e comportamento sexual mais responsável. A revelação deve ser feita em um ambiente seguro (geralmente no serviço de psicologia), com linguagem apropriada para a idade e com foco no autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O termo utilizado no título deste capítulo talvez seja difícil de compreender de imediato. O que significa aqui, ser invisível? Significa uma existência pouco conhecida do resto do país. A existência contida nos manuais, livros, mídias, estatísticas etc., são muito diferentes da realidade nortista. Embora estudos sejam feitos, infelizmente não são frequentes. São necessárias mais pesquisas sobre esse fenômeno e um outro olhar para a região norte e sua variedade cultural, vulnerabilidade socioeconômica e sua dimensão territorial gigantesca.

Ainda vivemos uma epidemia de infecção por HIV, e uma realidade de crianças e adolescentes com vida sexual precoce, sem nenhuma orientação familiar ou educacional. Apesar do acesso maior a celulares e a recursos da internet, eles não têm nenhuma orientação e cuidado ao acessar as informações das mídias.

Crianças com HIV que contraíram o vírus de suas mães, durante a gravidez, parto ou amamentação, são a grande maioria. Muitas mães não fazem o pré-natal e, apesar da eficácia comprovada do tratamento para prevenir a transmissão vertical, da mãe para o filho, nem todas as mulheres têm acesso a esses tratamentos em sua localidade.

São necessárias intervenções e programas que atendam os desafios enfrentados por crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias, na região norte. Novas estratégias de enfrentamento se fazem urgentes, como redes de apoio nas comunidades, com o sistema de proteção social (Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Social) que garanta direitos básicos e reduza riscos. O objetivo é reduzir vulnerabilidades socioeconômicas e suas consequências.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei Federal nº 14.289, de 03 de janeiro de 2022. Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

DANTAS, M. Quando a ambulância chegou, já estávamos velando meu marido': a vida no município com pior IDH do Brasil. Disponível em: https://marcosdantas.com/quando-a-ambulancia-chegou-ja-estavamos-velando-meu-marido-a-vida-no-municipio-com-pior-idh-do-brasil/, out/2024. Acesso em: 02 de julho de 2026.
DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – DIEESE. Análise da Cesta Básica. São Paulo, 2026. Disponível em: https://www.dieese.org.br/cesta/. Acesso em: 03 jul. 2026.
GUIMARÃES, C. & e PIMENTEL, D. Distâncias aumentam o abismo do acesso a serviços básicos no Marajó. Disponível em: https://www.oliberal.com/para/distancias-alargam-e-aprofundam-a-dificuldade-de-acessoservicos-basicos-no-marajo-1.571347, 2022. Acesso em 20 de junho de 2026.
IBGE Cidades. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em 20 de junho de 2026
MAIA DA SILVA, T; GARCEZ DA SILVA, F; EVANGELISTA DOS REIS, E.C. HIV/AIDS em jovens de um município da região amazônica-brasil entre os anos 2012 e 2022. Disponível em: https://periodicos.uepa.br/index.php/rescx/article/view/11115, 2026. Acesso em: 20 de junho de 2026.
ROGERS, Carl R. Um jeito de ser. São Paulo: EPU, 1983
SBP. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009.
SILVA, Maria Aparecida Teixeira da. "Por precisão": o impacto do salário-mínimo no agravamento das vulnerabilidades do trabalhador brasileiro.2024.16 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Direito) -Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.2024.
SILVA DOS SANTOS. Angústia, adolescência e reestruturação de self na ótica humanista-existencial. Portal do Psicólogos, 2017.
SOUSA, Rafaela. "Amazônia"; Brasil Escola. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/brasil/amazonia.htm. Acesso em 09 de junho de 2026. Pará. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1#Pol%C3%ADtica

UNICEF. Dia da Amazônia- conheça a situação da Amazônia Legal. Disponível em: https://www.unicef.org, 2019. Acesso em 09 de junho de 2026.
UNAIDS. Aids, crise e o poder de transformar. Disponível em: https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025. Acesso em 20 de junho de 2026.

Gestar como homem trans: acesso à saúde, acolhimento e direitos reprodutivos em um estudo de caso

Thiago Pamplona
Eric Campos Alvarenga

INTRODUÇÃO.

As demandas de saúde relacionadas à população trans têm ganhado expressiva visibilidade nas últimas décadas, sobretudo no campo das lutas por direitos humanos, cidadania e equidade no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, pessoas transmasculinas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal ainda enfrentam desafios significativos, produzidos pela invisibilização de suas experiências, pelo preconceito e pela discriminação presentes nas relações sociais e institucionais de cuidado (Monteiro, 2021).

A transgeneridade diz respeito à experiência de sujeitos que, ao nascerem, foram designados a um gênero com base em características anatômicas utilizadas socialmente para classificar corpos em dois sexos/gêneros distintos, mas que vivenciam uma desconexão ou incompatibilidade em relação ao gênero que lhes foi imposto (Pereira; Gaudenzi; Bonan, 2021; Pederzoli, 2017). Nisso, a comunidade trans abrange uma diversidade de corpos, identidades e expressões de gênero, incluindo pessoas transmasculinas, transfemininas, não binárias e outras construções identitárias que expressam diferentes modos de existir e estar no mundo.

Tal pluralidade da vivência trans desafia concepções de gênero instituídas a partir de determinismos biológicos e socioculturais. Como pontua Butler (1990), ser homem ou mulher não se refere a uma essência anterior à existência humana, pois sexo e gênero são produzidos em meio a discursos, práticas e normas sociais que organizam modos de reconhecimento dos corpos e das subjetividades. Tais categorias, por serem historicamente constituídas, podem ser continuamente modificadas e ressignificadas a partir das experiências concretas dos sujeitos, contribuindo para multiplicidade das expressões de gênero existentes (Sousa; Iriart, 2018).

Seguindo esta perspectiva, a transmasculinidade refere-se às identidades e experiências de pessoas trans que se identificam parcial ou totalmente com o gênero masculino, sendo um termo utilizado como categoria guarda-chuva para abarcar a pluralidade de homens trans e pessoas trans não binárias que estabelecem uma relação significativa com a masculinidade (Pereira; Gaudenzi; Bonan, 2021; Pederzoli, 2017). Essa compreensão é fundamental para reconhecer que corpos transmasculinos não constituem uma experiência homogênea, pois envolvem diferentes trajetórias corporais, identitárias, afetivas, sexuais reprodutivas e sociais.

O acesso à saúde para pessoas trans no Brasil ainda é marcado por marginalização e exclusão social, o que reflete no contexto dos serviços de saúde onde usuários trans encontram barreiras que reforçam estigmas, preconceitos e discriminações, dificultando o acolhimento de suas demandas específicas (Monteiro; Brigeiro; Barbosa, 2019). Tais violações estão relacionadas ao não reconhecimento de seus corpos como existentes, legítimos e dignos de cuidado, em uma sociedade que historicamente privilegia corpos alinhados à norma cisheteronormativa, na qual ser homem ou mulher é compreendido como decorrência direta do gênero atribuído ao nascimento (Silva; Silva; França, 2021; Rocon et al., 2018; Monteiro; Brigeiro; Barbosa, 2019; Braz, 2019; Sousa; Iriart, 2018).

Nesse campo de disputas por reconhecimento, emergem questões específicas relacionadas às demandas de saúde de pessoas transmasculinas, entre elas a possibilidade da gestação. No Brasil, a gestação de pessoas transmasculinas permanece pouco visível, em razão do imaginário social que associa a função gestacional às mulheres cisgêneras e à feminilidade (Monteiro, 2021). A cisgeneridade, compreendida como a experiência de conformidade com o gênero atribuído ao nascimento, ocupa lugar dominante nas representações sociais sobre corpo, reprodução e parentalidade. Assim, a gravidez tende a ser tratada como experiência naturalmente vinculada à feminilidade de mulheres cis, apagando outras possibilidades corporais e subjetivas de gestar (Simakawa, 2015).

A perspectiva cisgênera entra em conflito ao lidar com realidade de um corpo trans e suas possibilidades de vivências. Os corpos transmasculinos são diversos, assim como suas demandas de saúde: há pessoas que fazem uso de hormonização e outras que não o fazem; há aquelas que

realizaram procedimentos cirúrgicos, como mamoplastia masculinizadora, histerectomia ou cirurgia de transgenitalização, e aquelas que não passaram por tais intervenções. Desse modo, pessoas transmasculinas que não realizaram histerectomia ou cirurgia de transgenitalização, ou que não fazem uso de hormônios contraceptivos, podem vivenciar a possibilidade da gravidez (Monteiro, 2021; Pinho; Rodrigues; Nogueira, 2020), o que vale ressaltar também que estar em terapia hormonal com uso de testosterona não caracteriza como método contraceptivo, ou seja, a gestação é uma possibilidade real para muitos corpos transmasculinos.

As representações cisnormativas sobre a gravidez repercutem diretamente no acolhimento de pessoas transmasculinas nos serviços de saúde, produzindo diferenças no atendimento, inadequações nas condutas profissionais e práticas pouco humanizadas de tal modo que quando falamos de Políticas Públicas voltadas à reprodução, fertilidade, gestação, parto e puerpério é possível constatar que ainda incluem de modo insuficiente corpos trans como corpos possíveis de gestar uma criança (Pinho; Rodrigues; Nogueira, 2020). Com isso, a experiência gestacional, quando vivida por pessoas transmasculinas, pode ser atravessada por sofrimento psíquico, violações de direitos sexuais e reprodutivos e inadequações na oferta do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, especialmente diante do despreparo profissional e da reprodução de comportamentos transfóbicos (Cardoso et al., 2024).

Em decorrência disso, profissionais que atual no pré-natal, no pré-parto, no parto, no pós-parto e em centros cirúrgicos obstétricos frequentemente apresentam pouco ou nenhum conhecimento sobre as realidades transmasculinas. Em muitas situações, o contato com homens trans gestantes produz estranhamento, distanciamento ou condutas inadequadas, revelando lacunas formativas e institucionais na atenção à saúde dessa população (Cardoso et al., 2024; Mascarenhas et al., 2024). Esses obstáculos comprometem o acesso ao cuidado integral e demonstram a necessidade de práticas assistenciais capazes de reconhecer a singularidade dos sujeitos sem reduzir suas demandas aos modelos normativos de gênero que historicamente organizam os serviços.

Os valores que fundamentam o Sistema único de Saúde apoiam-se na saúde como direito social e dimensão da cidadania. Nessa perspectiva, todos os sujeitos têm à saúde, independente do lugar social que ocupam, sendo a igualdade, a equidade e a universalidade princípios estruturantes

da organização do sistema (Paim et al., 2011). O acesso à saúde, contudo, ocorre de modos distintos conforme as condições concretas de cada parcela da população, exigindo políticas públicas capazes de responder às desigualdades sociais e produzir ações e serviços de qualidade, orientados pelo reconhecimento das diferentes realidades dos usuários (Paim, 2009).

Com o propósito de fortalecer práticas de gestão e cuidado mais acolhedoras, resolutivas e humanizadas, foi lançada, em 2003, a Política Nacional de Humanização, voltada à consolidação dos princípios do SUS por meio da inclusão participativa de trabalhadores, usuários e gestores (Brasil, 2010). A PNH reconhece a atenção em saúde como um campo multidimensional, atravessado por desafios que variam conforme as singularidades dos territórios, das populações, dos serviços e dos sujeitos envolvidos na produção de saúde. Por isso, valoriza o protagonismo, a autonomia, a corresponsabilização e a construção de vínculos entre os diferentes atores do processo de cuidar e gerir (Brasil, 2010).

O acolhimento constitui uma das diretrizes fundamentais dessa política, envolvendo responsabilização dos trabalhadores pela oferta de cuidado digno, universal, equitativo e integral, sustentado por uma escuta atenta às demandas e necessidades dos usuários. No HumanizaSUS, acolher significa considerar os aspectos subjetivos, sociais e concretos da experiência de cada sujeito, compreendendo a humanização como prática que reconhece a singularidade da existência humana e amplia as possibilidades de produção de saúde (Brasil, 2010).

Entretanto, muitos brasileiros vivenciam situações de vulnerabilidade relacionadas a desigualdades raciais, étnicas, sexuais, econômicas, culturais e de gênero. Ao buscar serviços de saúde, essas populações frequentemente encontram barreiras que dificultam o acesso a um atendimento digno e humanizado (Assis; Jesus, 2012; Rocon et al., 2016). Entre elas, destaca-se a população trans, cujas demandas específicas exigem uma abordagem cuidadosa por parte do sistema de saúde, especialmente diante das violências e exclusões historicamente produzidas contra seus corpos e modos de vida (Monteiro; Brigeiro; Barbosa, 2019).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, por meio da Portaria nº 2.836, com a finalidade de reconhecer as necessidades e especificidades da população LGBT e assegurar o direito ao

acesso integral, igualitário e humanizado à saúde (Brasil, 2013). Embora esse reconhecimento institucional represente um avanço importante, pessoas trans ainda vivenciam negligências em diferentes níveis de atenção, mesmo diante de princípios e diretrizes que garantem acesso integral e de qualidade no SUS (Silva; Silva; França, 2021).

Como pontuado anteriormente, as produções acadêmicas sobre vivências transmasculinas têm ganhado maior visibilidade na última década. No campo da saúde, no entanto, parte significativa desses estudos concentra-se nos processos de transição de gênero, especialmente em tecnologias relacionadas à terapia hormonal e às cirurgias masculinizadoras (Pereira; Gaudenzi; Bonan, 2021). Em relação à gravidez de pessoas transmasculinas, a produção científica ainda se volta com maior frequência à parentalidade e às perspectivas de gênero, havendo menor dedicação sobre o acesso aos serviços de saúde, o acolhimento no ciclo gravídico-puerperal e o modo como as políticas públicas tem orientado práticas capazes de responder às necessidades dessa população (Monteiro, 2021).

Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo compreender como se dá o acesso à saúde durante a gravidez de uma pessoa transmasculina, a partir de um estudo de caso qualitativo. Busca-se analisar como o acolhimento e o cuidado em saúde foram vivenciados no percurso gestacional, considerando os serviços acessados, as barreiras encontradas, as experiências de reconhecimento ou constrangimento e os desdobramentos subjetivos e institucionais produzidos nesse processo. Ao lançar visibilidade sobre essa experiência, pretende-se contribuir para o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos, humanização do cuidado e construção de um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo, integral e sensível às singularidades das pessoas transmasculinas que gestam.

METODOLOGIA.

A presente pesquisa foi desenvolvida como um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, voltado à compreensão do acesso à saúde durante a gravidez de uma pessoa transmasculina. A escolha por esse delineamento metodológico decorre da natureza do fenômeno investigado, uma vez que a experiência analisada possibilita uma aproximação em profundidade dos sentidos produzidos por um sujeito

diante das práticas, protocolos e relações institucionais de cuidado em saúde, a fim de evidenciar processos psicossociais, institucionais e políticos que atravessam a vivência da gravidez transmasculinas nos serviços de saúde.

A investigação orientou-se por uma abordagem qualitativa, compreendendo a experiência vivida como dimensão fundamental para a análise dos fenômenos sociais e subjetivos que emergem no encontro entre usuário, profissionais e instituições de saúde. Tal perspectiva permite acessar os sentidos atribuídos pelo próprio participante às suas vivências, considerando que esses sentidos são produzidos em uma realidade atravessada por normas de gênero, vulnerabilidades sociais, desigualdades institucionais e modos específicos de reconhecimento ou negação do cuidado. Como pontuam Mäder, Holanda e Costa (2019, p. 5), "a descrição é o primeiro passo para a atitude compreensiva de um processo vivido".

A unidade de análise deste estudo foi a trajetória de acesso à saúde de uma pessoa transmasculinas residente no estado do Pará, aqui identificada pelo pseudônimo Pedro, a fim de preservar seu anonimato. A delimitação do caso considerou a vivência de uma pessoa maior de 18 anos, que se identificava como transmasculinas no período da gestação e que acessou serviços de saúde em razão da gravidez. A aproximação com o participante ocorreu após ampla divulgação da pesquisa em meios digitais, como Instagram, WhatsApp e Twitter. Embora seis pessoas tenham manifestado interesse inicial, somente um participante efetivou sua participação, em razão de dificuldades de contato, ausência em horários previamente agendados e condições concretas de sobrecarga relacionadas à rotina de trabalho, estudo e cuidado com os filhos.

Nisso, tal dificuldade de acesso ao campo constitui dado relevante sobre as condições sociais que atravessam a vida de pessoas transmasculinas que gestam ou gestaram, da qual a impossibilidade de participação de outros sujeitos interessados evidencia barreiras de tempo, cuidado, trabalho e disponibilidade subjetiva que também compõem o contexto social investigado. Por essa razão, a análise do caso de Pedro foi conduzida com atenção à densidade da experiência narrada, buscando compreender como sua trajetória singular expressa tensões relacionadas ao acesso, ao acolhimento e ao reconhecimento de pessoas transmasculinas nos serviços de saúde.

A produção das informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, orientada por roteiro previamente elaborado, contemplando questões de caracterização sociodemográfica e perguntas abertas voltadas à compreensão da experiência de gravidez, dos serviços acessados, das formas de acolhimento recebidas, das barreiras encontradas e dos efeitos subjetivos e institucionais produzidos ao longo desse percurso. A entrevista foi realizada em ambiente virtual, pela plataforma Google Meet, em horário definido conforme a disponibilidade do participante, sendo gravada e posteriormente transcrita mediante autorização expressa.

Considerando a sensibilidade ética do caso, especialmente pelo fato de a gestação ter ocorrido após uma situação de violência sexual, a entrevista não buscou aprofundar aspectos do evento violento para além daquilo que o participante espontaneamente decidiu narrar, a fim de preservar o cuidado ético na condução da pesquisa, evitando a reinscrição de experiências potencialmente traumáticas e mantendo o foco no acesso à saúde, no acolhimento e nas repercussões institucionais da gestação.

A pesquisa contou com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram apresentadas as finalidades do estudo, os procedimentos adotados, as condições de participação, a autorização para gravação da entrevista e as garantias de sigilo e anonimato. No que se refere aos aspectos éticos, a investigação esteve vinculada ao projeto “Paternidade e cuidado: formação conceitual e técnica sobre a Estratégia do Pré-Natal do Pai no Brasil”, sob responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca e Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas, aprovado pelo Comitê de Ética da UFPE.

A análise das informações foi realizada por meio da análise de conteúdo, compreendida como procedimento qualitativo voltado à identificação de núcleos de sentido presentes na narrativa do participante. Após a transcrição da entrevista, foram realizadas leituras sucessivas do material, identificação de recorrências, tesões e acontecimentos significativos, bem como a construção de eixos analíticos articulados aos objetivos da pesquisa e à literatura sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO.

A análise das informações produzidas a partir da entrevista foi organizada em três eixos temáticos, construídos em diálogo com os objetivos da pesquisa e com a literatura sobre o tema. Tais eixos acompanham o percurso narrado pelo participante, considerando a descoberta da gravidez e suas reverberações subjetivas; o itinerário de busca por assistência em saúde, marcado por barreiras institucionais, constrangimentos e experiências de acolhimento; e os desdobramentos posteriores à gestação, especialmente no que se refere ao reconhecimento da parentalidade e à Declaração de Nascido Vivo.

O participante será identificado pelo pseudônimo Pedro, a fim de preservar o anonimato das informações relatadas durante a entrevista. Pedro tem 25 anos, reside no estado do Pará e se identifica como homem trans, preto e heterossexual. Engravidou de maneira não planejada aos 23 anos, após uma situação de violência sexual. No momento da entrevista, vivia em união estável com sua esposa, trabalhava no período da manhã, cursava faculdade no período da noite e realizava estágio. Sua rotina intensa dificultou a marcação da entrevista, realizada em ambiente virtual durante a manhã de um domingo, único período disponível para ele naquele momento. Apesar das dificuldades de tempo, Pedro demonstrou interesse em contribuir para a visibilidade das experiências de homens trans que gestam, compreendendo sua participação como possibilidade de produção de conhecimento sobre uma realidade ainda pouco reconhecida no campo da saúde.

EIXO 1: Descoberta da gravidez, violência, vulnerabilidade e sobrecarga psíquica.

O primeiro eixo analítico refere-se ao momento em que Pedro descobriu a gravidez e aos efeitos subjetivos produzidos por essa descoberta. A gestação foi narrada como uma experiência atravessada por violência, imprevisibilidade e sobrecarga psíquica, especialmente por ter ocorrido após violência sexual e ter sido identificada em um momento de recuperação pós-cirúrgica da mastectomia masculinizadora.

Ao relatar como engravidou, Pedro situa a gestação m um contexto de vulnerabilidade afetiva e violência sexual:

> "[...] *Na época, eu e a minha esposa, a gente tinha dado um tempo de uns três meses, mais ou menos. Esse período, eu já tinha sofrido assédio com tentativa de estupro, e numa dessas tentativas acabou acontecendo. E eu descobri... Inclusive, eu descobri depois da minha cirurgia de mastectomia, no pós-operatório, acho que uns dois meses depois do meu pós-operatório* [...]".

A forma como a gravidez acontece interfere diretamente na maneira como ela será vivenciada por homens trans e pessoas transmasculinas, tanto no momento da descoberta quanto ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Monteiro, 2021). Infelizmente, esta população apresenta alta probabilidade de serem vítimas de violência sexual, ao lado de mulheres cis, que apresentam maiores taxas de ocorrências. Contudo, apesar das diferenças de gênero entre transmasculinos e mulheres cis, ambos são alvos de violência sexual tipificada, como o caso do estupro, devido à posição de repressão social na qual são colocados em razão do patriarcado e controle dos corpos, marcado pelo sexo, orientação sexual, expressão de gênero, raça e cor (Rodrigues, 2021).

A literatura aponta que pessoas LGBTQIA+ podem estar expostas a violências sexuais motivadas por dinâmicas de correção, punição e controle de seus corpos, sexualidades e expressões de gênero. Em tais situações, a violência não se restringe ao ato em si, pois também envolve as condições sociais de desamparo, descrédito e dificuldade de acesso a redes de apoio, especialmente quando os serviços jurídicos, assistenciais e de saúde não estão preparados para reconhecer as especificidades dessa população (Monteiro, 2021; Rodrigues, 2021. Nascimento; Carvalho; Silva, 2020).

Além disso, os recortes que colocam os sujeitos à margem da sociedade influenciam no nível de desamparo e acolhimento diante do ocorrido, seja no âmbito jurídico ou social, pois, no caso de pessoas LGBTQIA+, há a possibilidade da violência sexual ocorrer por motivos outros (correção do comportamento e punição, como o caso da tipificação de Estupro Corretivo[1]), sendo necessário ser prestada a assistência de

[1] O estupro corretivo é caracterizado pela motivação do agressor em praticar a violência sexual objetivando o controle do comportamento social e sexual da vítima, a fim de corrigir e punir tal comportamento. Esta tipificação de estupro foi

maneira a acolher as demandas especificas de cada sujeito desta população, e os impactos sociais e psicológicos vivenciados pela vítima. Porém, torna-se difícil o acesso às redes de apoio que acolham devidamente tal realidade, em razão do despreparo de profissionais diante do público LGBTQIA+ e a LGBTfobia enraizada em nossa sociedade.

Ao descobrir a gestação, Pedro evidencia aspectos marcantes em sua vivência enquanto pessoa transmasculina, onde a descoberta ocorreu em um período particularmente significativo da trajetória corporal e subjetiva de Pedro. Ele havia realizado recentemente a mastectomia masculinizadora, procedimento descrito como a concretização de um desejo importante em seu processo de afirmação de gênero. A cirurgia aparece em sua narrativa associada à ideia de liberdade, contudo, a gravidez, descoberta logo depois, produz um deslocamento nessa experiência, instaurando uma tensão entre conquista corporal, perda de controle e impossibilidade de escolha plena.

> "*Olha, logo no começo, foi um baque, porque, como te falei, tinha acabado de realizar a tão sonhada cirurgia que todos nós almejamos, e aí quando eu descobri, de certa forma eu tive a liberdade de um lado, mas me vi preso por outro. Então foi muita coisa junto, entendeu? [...] Eu descobri num dia, nesse dia eu não dormi, passei o dia pensando, e no outro eu decidi continuar, até porque não tinha nada que eu pudesse ter feito, tinha acabado de sair de um pós-cirúrgico, ainda tava me recuperando [...] já tinha passado do prazo de romper ela, então seria muito perigoso, tanto pra mim quanto pra ele. Então eu decidi junto com a minha esposa seguir adiante com essa gravidez*".

O relato evidencia a sobrecarga psíquica produzia pela descoberta tardia da gestação, identificada com aproximadamente 25 semanas. A decisão de seguir com a gravidez foi atravessada por limitações concretas: o tempo gestacional avançado, o pós-operatório recente, o risco à própria vida e à vida do bebê, além das implicações subjetivas de uma decisão tomada em um curto intervalo de tempo. A experiência de Pedro nos revela que a possibilidade de escolha, nesse contexto, foi profundamente

criada devido ao aumento de notificações de casos de violência sexual contra a comunidade LGBTQIA+, sendo a motivação dos agressores a correção e punição da sexualidade e expressão de gênero das vítimas. (Rodrigues, 2021).

condicionada por circunstâncias corporais, institucionais e temporais que restringiram sua margem de ação.

É possível observar o quanto se manifesta em seu relato a tensão entre "liberdade" e "prisão", formulada pelo próprio participante, onde a mastectomia havia produzido um sentido de afirmação, autonomia e reconhecimento corporal e a gravidez, ao ser descoberta logo em seguida, reintroduziu no corpo de Pedro uma marca socialmente associada à feminilidade e à maternidade. Tal associação, produzida por normas cisnormativas, intensifica o conflito subjetivo vivido por homens trans que gestam, pois a gravidez tende a ser socialmente interpretada a partir de categorias que desconsideram suas identidades de gênero e suas maneiras de vivenciar a masculinidade.

Nesse sentido, a gestação de homens trans e pessoas transmasculinas desafia a ideia de que gestar é uma experiência exclusivamente feminina ou inerente às mulheres cis. O caso de Pedro nos evidencia que a gravidez por compor trajetórias transmasculinas de modo complexo, atravessando processos de afirmação de gênero, violências, vínculos afetivos, decisões reprodutivas, sofrimento psíquico e disputas por reconhecimento. Como apontam Monteiro (2021) e Pinho, Rodrigues e Nogueira (2020), o imaginário social que vincula gestação à feminilidade contribui para a invisibilização desses corpos e para a produção de barreiras nos serviços de saúde, nos quais a figura representativa da pessoa gestante ainda é frequentemente presumida como mulher cis.

EIXO 2: Itinerários de cuidado: barreiras de acesso, cisnormatividade e experiências de acolhimento.

O segundo eixo aborda o percurso de Pedro na busca por assistência em saúde durante a gestação. Pedro narra que a gravidez foi descoberta no início da pandemia de COVID-19 no Brasil, momento em que diversos serviços de saúde enfrentavam interrupções, restrições de funcionamento e reorganizações emergenciais em razão das medidas sanitárias e do colapso progressivo dos sistemas assistenciais em razão das medidas sanitárias e do colapso progressivo dos sistemas assistenciais. Esse contexto intensificou a urgência da situação vivida por Pedro, que descobriu a gravidez com aproximadamente 25 semanas, sem acompanhamento pré-natal, após ter realizado procedimento cirúrgico recente e feito uso de medicações que poderiam repercutir na gestação.

Ao narrar esse momento, Pedro descreve a busca por atendimento como uma "luta contra o tempo", marcada pela dificuldade de fazer os serviços reconhecerem sua demanda enquanto homem trans grávido:

> "[...] *Na época, foi um dia depois da pandemia. Eu operei um dia depois, os hospitais da cidade basicamente fecharam porque tava num período de pandemia, e aí foi uma luta contra o tempo porque quando a gente descobriu já tava com 25 semanas quase, e nenhum tipo de acompanhamento, tinha tomado todos esses medicamentos, né, que poderiam afetar na gestação, e foi uma corrida contra o tempo porque até o plano de saúde no qual eu tinha... eles não estavam aceitando novos pacientes e* ***até eu explicar que eu, homem, precisava de um atendimento... complicado... As pessoas achavam que era um engano e tal, e entendiam como 'ah, ela só atende mulher', essas coisas*** [...]".

O relato evidencia que a barreira inicial se encontra tanto na disponibilidade objetiva de serviços, quanto na dificuldade institucional de reconhecer a legitimidade da demanda apresentada. Ao solicitar atendimento ginecológico-obstétrico, Pedro precisou explicar repetidamente que era um homem trans e que estava grávido, enfrentando estranhamento, desconfiança e inadequação dos fluxos assistenciais. Observa-se evidentemente a presunção de que serviços obstétricos são destinados exclusivamente a mulheres cis produziu um impasse concreto no acesso, tornando a identidade de gênero do usuário uma barreira adicional em um cenário que já exigia cuidado urgente, independentemente de qualquer coisa.

Essa experiência expressa o quanto a cisnormatividade está presente na organização dos serviços de saúde e regula corpos de tal maneira que acaba por privá-los de um direito fundamental: o acesso à saúde. Daí a importância de salientar o quanto a cisnormatividade é capaz de regular corpos trans, os adoecerem e até os matarem, tanto no real, quanto no simbólico. É necessário, então, observar a cisnormatividade como força determinante (e violenta) presente em protocolos, formulários, agenda, especialidades e condutas profissionais que partem da correspondência presumida entre útero, gravidez e mulher cis, e colocam corpos transmasculinos como exceção, erro ou impossibilidade. Assim, a necessidade de cuidado, que deveria orientar a escuta e a classificação de risco (como

preconiza o SUS) perde seu lugar para uma burocratização falha com interrogatórios sobre a inteligibilidade do corpo trans nos serviços.

Essa dinâmica aparece novamente quando Pedro relata as dificuldades para realizar exames e acessar profissionais da obstetrícia:

> "[...] *A questão dos ultrassons, eu tinha que ligar, explicar a situação que eu era uma pessoa trans, que eu estava grávido, que eu não tinha documento nenhum com um outro nome a não ser o meu, que eu precisava fazer os exames, porque as pessoas não entendiam. [...] Eu ligava atrás para ver negócio de obstetra e não conseguia porque eles não entendiam, falavam que eram exames direcionados pra mulheres, e eu tinha que explicar que eu era um homem trans, que eu precisava realizar os exames, então era toda aquela coisa, sabe*? [...]".

É evidente o quanto a repetição da necessidade de explicar sua condição produz desgaste subjetivo e institucional, ao ter que lidar com o despreparo do outro e negação da existência do seu corpo enquanto um corpo possível de gestar. Estas dinâmicas cisnormativas, que ainda são naturalizadas, revelam uma forma de violência institucional que se realiza pela exigência constante de justificação de si, onde a cada ligação, exame ou tentativa de agendamento, o usuário era colocado na posição de "ter" que explicar sobre o próprio corpo, o próprio nome, a própria identidade... a própria existência.

No plano do cuidado, essa situação compromete o princípio do acolhimento. A PNH compreende o acolhimento como diretriz ética e organizacional que envolve escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resposta adequadas às necessidades dos usuários (Brasil, 2010). No caso de Pedro, a ausência de escuta qualificada dificultou a identificação da urgência, a classificação de risco e os encaminhamentos necessários, evidenciando como os serviços são estruturados a partir de normas de gênero que antecipam quem pode ocupar o lugar de pessoa gestante e quem não.

Ao enfrentar dificuldades na assistência particular, Pedro buscou atendimento no sistema público de saúde, especialmente na URE Saúde da Mulher, com a expectativa de acessar acompanhamento adequado para uma gestação de risco. Entretanto, o encontro com o serviço foi novamente marcado por surpresa, estranhamento e perguntas invasivas.

> "[...] *Quando eu cheguei lá foi um impacto porque as pessoas nunca tinham tido contato com um homem trans grávido, já operado, já com o nome retificado, e foi um problema também porque as pessoas não sabiam lidar, não sabiam como tratar a situação... e para mim fazer exames, para mim entrar na sala, as pessoas ficavam, tipo, 'o que ele tá fazendo aqui?' [...] Inclusive, a médica que me acompanhou, obstetra, ela chegou, virou para mim na época e falou: 'por que você fez a cirurgia se você sabia que ia ter filho?' Como que eu ia explicar para ela que eu não sabia que eu ia ter filho e que eu tinha que fazer a cirurgia, entendeu?* [...]".

A pergunta dirigida pela profissional rompe com a oferta de cuidado humanizado para gerar indagações que buscam evocar uma responsabilização moral do usuário. É possível observar que em vez de acolher a urgência de uma gravidez descoberta tardiamente, em contexto de pós-operatório e violência sexual, a intervenção profissional recai sobre a compatibilidade presumida entre mastectomia, gravidez e projeto de parentalidade, como se uma coisa anulasse a possibilidade da outra, e assim, não há direito ao acolhimento. A cirurgia, que para Pedro havia significado liberdade e afirmação de gênero, é reinterpretada (de forma violenta, diga-se de passagem) pela profissional a partir de uma lógica cisnormativa que associa a gestação à feminilidade e maternidade, como se a decisão pela mastectomia fosse contraditória à possibilidade de gestar.

Nisso, o relato também evidencia que dependendo de como são formuladas as perguntas e de como se é manejada a conduta profissional podem tanto produzir acolhimento quanto intensificar constrangimentos, culpabilização e sofrimento. No caso de Pedro, as condutas em saúde não buscaram compreender o que havia acontecido, quais eram suas necessidades, quais riscos estavam envolvidos e quais suportes seriam necessários, pelo contrário, buscaram interpelar normativamente sobre seu corpo e sua trajetória.

Essa ausência de acolhimento interfere diretamente na vinculação do usuário com os serviços, podendo gerar o afastamento de espaços institucionais de cuidado devido a exposição constante à situações de estranhamento, julgamento e desvalidação, mesmo quando há necessidade de acompanhamento. No caso de pessoas trans, essa experiência se soma a um histórico social de violências, negação de direitos e deslegitimação de suas identidades. Como discutem Pinho, Rodrigues e Nogueira (2020),

Monteiro (2021), Silva, Silva e Franç (2021), Monteiro, Brigeiro e Barbosa (2019), Braz (2019), Sousa e Iriart (2018) e Rocon et al. (2019), práticas de saúde marcadas por determinismos biológicos e pela cisnormatividade tendem a produzir barreiras que afastam pessoas trans dos serviços e fragilizam a continuidade do cuidado.

Essa tendência aparece quando Pedro relata sua ida à Santa Casa, já nos momentos finais da gestação. Embora tenha buscado conhecer o serviço e avaliar como seria atendido, o medo de sofrer descriminação e descaso o levou a não seguir com o acompanhamento pelo SUS:

> "[...] *Eu tava tendo muitos problemas, eu ceguei a ir umas três, quatro vezes, pra ver como que seria o atendimento na Santa Casa, só que eu fiquei com medo de justamente, por ser muito novo pra eles e eles não sabiam lidar com a situação, não sabia como ser tratado, como iam... se ia ter descaso ou não, que com certeza teria, porque já tem pra mulheres cis, imagine no meu caso* [...]"

Essa narrativa traz para nós o quanto Pedro reconhece que mulheres cis já enfrentam descaso e violência em serviços de saúde, e avalia que, em sua condição de homem trans grávido, essa vulnerabilidade poderia se agravar. A decisão de não continuar o atendimento pelo SUS revela, assim, um dos efeitos da violência institucional: a interrupção ou fragilização do vínculo com os serviços públicos de saúde.

Contudo, apesar das experiências negativas, o percurso de Pedro também incluiu situações de acolhimento, especialmente com profissionais que tinham maior aproximação com as demandas de pessoas trans. Ao ser perguntado sobre experiências positivas, ele destacou a diferença entre atendimentos marcados pelo despreparo e aqueles nos quais se sentiu reconhecido:

> "[...] *Particular eu já tive muito mais... acolhimento! Porque quem me acompanhou foi minha ginecologista que também é obstetra, ela atende homens trans, ela é voltada para esse público, então eu já me sinto à vontade com ela... A outra que me atendeu, a minha mastologista, que me ajudou muito nesse processo, inclusive, ela tava na sala no dia do parto. Foi muito diferente do que eu acho que eu teria pelo SUS, entendeu? [...] Pouquíssimos que eu encontrei que eu consegui me sentir mais ou menos acolhido, porque como te falei, não era todo mundo que entendia essa situação. Consegui com uma enfermeira só, que foi da*

> *URE, ela me tratou de forma super acolhedora [...] sem uma pergunta constrangedora do tipo* [...]".

Tal experiência positiva narrada por Pedro mostra que o acolhimento depende da qualidade da relação produzida no encontro entre usuário e profissional. Questões aparentemente básicas como: sentir-se à vontade, ser tratado sem perguntas constrangedoras, ter sua identidade reconhecida e perceber que a profssionai possui preparo para lidar com demandas transmasculinas foram elementos fundamentais para a produção de cuidado. Nesse sentido, o acolhimento se estabelece enquanto uma tecnologia relacional indispensável, capaz de reduzir barreiras, produzir confiança, bem-estar e, consequentemente, estimular e sustentar a continuidade do cuidado e assistência em saúde.

EIXO 3: Eu sou o pai e gestei esta criança: registro, parentalidade e reconhecimento institucional.

Este terceiro eixo aborda os desdobramentos posteriores à gestação, especialmente a dificuldade enfrentada por Pedro no processo de registro da Declaração de Nascido Vivo (DNV)[2] pelo pai da criança, reforçando que as violações de direito em saúde de transmasculinos são múltiplas, e todas perpassam pelo imaginário social de que o processo de gestação é inerente às mulheres cis, reforçando diferenças e segregações na produção de saúde e garantia de direitos do cidadão.

Ao relatar sua experiência após a saída da maternidade, Pedro destaca a dificuldade de ter seu nome reconhecido na Declaração de Nascido Vivo como pai da criança:

> "[...] *O único problema quando eu saí da maternidade, porque... Eu procurei advogado, tudo, para ela justamente ver como era que seria o*

[2]"Documento-base para a entrada de dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), e hábil para a lavratura da Certidão de Nascimento pelos Cartórios de Registro Civil. [...] Os dados obtidos a partir da DNV são úteis para o monitoramento e a identificação das características dos nascidos vivos, do pré-natal, da gestação e do parto. Esses dados permitem a construção e o acompanhamento de indicadores da situação de saúde materno-infantil pactuados nacional e internacionalmente, além de subsidiar programas e políticas que objetivam a melhoria na qualidade dos serviços de saúde pública prestados à população brasileira" (Brasil, 2022, p. 7).

> *processo da certidão de nascido vivo, que a certidão só sai com o nome da mãe, como é que eu ia botar o meu nome nessa certidão? Eu já tinha retificado os meus documentos. Tanto que a advogada que me ajudou no caso, ela conseguiu reverter a situação depois de um ano, um ano e pouquinho ela entrou em contato comigo [...] disse que conseguiu, que daqui uns meses já vai estar por todo o Brasil, que a certidão de nascido vivo pode sim vir com o nome de pais, e não só com o nome de mãe. Uma vitória!* [...]"

A partir desse relato podemos observar o caráter institucional da cisnormatividade: a organização documental da gestação e do nascimento a partir da equivalência presumida entre pessoa gestante e mãe. No caso de Pedro, essa equivalência produziu um impasse concreto. Ele era o pai da criança, havia gestado e possuía seus documentos retificados, mas encontrou obstáculos para ser reconhecido em um documento estruturado a partir de categorias que presumem a maternidade como decorrência natural da gestação.

Nisso, a experiência de Pedro evidencia que a gestação transmasculinas tensiona os modelos hegemônicos de filiação, maternidade e maternidade, e quando traz em seu relato "eu já tinha retificado os meus documentos" acaba por expressar a existência de um reconhecimento civil prévio de sua identidade de gênero que, entretanto, ao chegar ao campo do nascimento e do registro, esse reconhecimento encontra limites diante de sistemas que continuam vinculando gestação à maternidade. Ou seja, a própria vivência de sua parentalidade é negada a partir do momento em que passa a depender de mediações, justificativas, judicialização ou apoio jurídico especializado.

Tal situação revela uma continuidade entre as barreiras assistenciais discutidas anteriormente e as barreiras documentais posteriores ao parto. Nos serviços de saúde, Pedro precisou explicar repetidamente que era homem trans e estava gráfico; no registro, precisou enfrentar a inadequação de um documento que não parecia prever a possibilidade de um pai ter gestado. Em ambos os momentos, sua existência foi colocada diante de sistemas que operam com baixa capacidade de reconhecer a pluralidade dos corpos, das identidades e das configurações parentais que não se adequam à cisnormatividade.

Antes de finalizarmos, é importante também enfatizar o aspecto político presente em sua fala ao nomear a resolução do seu caso como "uma

vitória!, manifestando a possibilidade de inscrição institucional de sua paternidade e a abertura de caminhos para outras pessoas transmasculinas que venham a vivenciar situações semelhantes.

Por fim, o caso de Pedro demonstra a necessidade de ampliar o debate sobre acesso à saúde para além da entrada nos serviços, pois o acesso envolve acolhimento, continuidade do cuidado, reconhecimento da identidade de gênero, garantia de direitos reprodutivos, adequação documental e possibilidade de vivenciar a parentalidade sem que sua existência seja permanentemente colocada sob suspeita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A sensibilidade das vivências descritas por um homem trans que necessitou de acolhimento e cuidado em saúde durante o período da gravidez evoca múltiplas inquietações acerca dos atendimentos ofertados nos serviços de saúde. Neste trabalho, os sentidos das experiências vividas pelo participante foram descritos de modo a abordar a dimensão dos acontecimentos ao longo do percurso da gestação, ressaltando as reverberações que tais experiências trouxeram à sua singularidade e à forma como se deu o seu acesso à saúde.

A partir do estudo de caso, foi possível perceber como o nível de (des)preparo dos profissionais de saúde, o estabelecimento ou não de vínculos, os desafios presentes nos protocolos de atendimento e a garantia ou negação de serviços influenciaram diretamente nas experiências positivas e negativas vivenciadas pelo participante. Nesse percurso, o acolhimento aparece como uma das tecnologias essenciais para efetivar a produção de cuidado nos ambientes públicos e particulares, especialmente quando se trata de sujeitos cujas demandas ainda são pouco reconhecidas pelas práticas institucionais de saúde.

As experiências relatadas evidenciam que o acesso à saúde de pessoas transmasculinas que gestam ainda é atravessado por barreiras produzidas pela cisnormatividade, pelo desconhecimento profissional e pela dificuldade dos serviços de saúde em reconhecer corpos trans como corpos possíveis de gestar. Tais barreiras aparecem tanto no momento da busca por acompanhamento durante a gravidez quanto nas situações posteriores ao parto em que o reconhecimento institucional da parentalidade também se tornou uma questão ser enfrentada.

Ressalta-se, ainda, a importância da luta por visibilidade das demandas da população trans, em específico de pessoas transmasculinas que vivenciam o processo da gravidez, para que seja possível a criação de novos modos de gerir e cuidar em saúde. Essa visibilidade se faz necessária para ampliar o reconhecimento social dessas experiências e orientar práticas profissionais, políticas públicas, protocolos assistenciais e documentos institucionais que estejam de acordo com a realidade de sujeitos que gestam fora dos marcos cisnormativos estabelecidos, e assim, fortalecer um Sistema de Saúde universal, equitativo, igualitário, integral e sensível às diferentes formas de existir, gestar, cuidar e ser cuidado.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 4. Ed., 4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: 1. ed., 1., 2013.

BRAZ, Camilo. Vidas que esperam?: Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CESARO, B. C. D.; SANTOS, H. B. D; SILVA, F. N. M. D. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Ver. Panam. Salud. Publica**, n. 42, p. 1-4, 2018.
FEV, 7. **Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interrupcoes-continuas-durante-pandemia-covid>. Acesso em: 13 dez. 2022.
LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul En**, v. 20, n. 1, p. 12–17, 2007.
MÄDER, B. J.; HOLANDA, A. F.; DA COSTA, I. I. Pesquisa Qualitativa e Fenomenológica em Saúde Mental: Mapeamento como Proposta de Método Descritivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, n. 35439, p. 1–9, 2019.
MONTEIRO, Anne Alencar. "O nome dele é Gustavo, e ele é a minha mãe": Reprodução e Parentesco entre Homens Trans que Engravidaram. **(SYN)THESIS**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 28-39. mai/2021.
MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n.35, p. 1-4, 2019.
PAIM, J. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries: Saúde no Brasil**, v. 1, n. 1, p. 11-27, maio/2011
PAIM, Jairnilson Silva; **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2003. P. 25-139.
PEDERZOLI, Aquinoã Abigail. **Papai ou mamãe? Uma discussão dos papéis**
parentais em homens trans que engravidaram. 2017. Tese (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
PEREIRA, P. L. N; GAUDENZI, Paula; BONAN, Claudia. Masculinidades trans em debate: uma revisão da literatura sobre masculinidades trans no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 30, n. 3, p. 1-15, 2021.
PINHO, Ana R.; RODRIGUES, Liliana; NOGUEIRA, Conceição. (Des)construção da parentalidade trans: homens que engravidam. ***ex æquo***, n. 41, p. 195-205, 2020.
PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saude publica**, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995.

ROCON, P. C. *et. al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface:** Comunicação Saúde Educação, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.
ROCON, Pablo Cardozo et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2517-2526, 2016.
RODRIGUES, K. O. **ESTUPRO CORRETIVO: Você sabe o que é?** [s.l.] Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, 2021.
SILVA, E. H. B; SILVA, J. N. D. D; FRANÇA, A. M. B. D. Acesso à saúde sexual e reprodutiva de homens trans em Alagoas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-10, 2021.
SOARES, M. *et al.* (Des)construção de masculinidades de homens trans, entre Portugal e Brasil. ***ex æquo***, n. 43, p. 113-129, 2021.
SOUSA, D.; IRIART, J. "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1–11, 2018.
BUSS, Paulo Marchiori; PELLEHRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 17, p. 77-93, 2007.
VASCONCELOS, Michele de Freitas Fria de; NICOLOTTI, Célia Adriana; SILVA, Jeane Felix da; PEREIRA, Sônia Maria Lievori do Rego. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016.
CARDOSO, Joecio Cordeiro et al. Estigma na percepção de médicas e enfermeiras sobre o pré-natal de homens transexuais. **Acta Paul Enferm.**, v. 37, p. 1-12, 2024.
MASCARENHAS, Rebeca Nascimento dos Santos et al. Homem trans e gestação paterna: experiências durante o período gravídico-puerperal. **Cien Saude Colet**, v. 29, p. 1-12, 2024.
VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

Micropolítica na saúde: tecnologias leves e produção do cuidado no SUS

Stéphane Nayane Fraga Negrão

INTRODUÇÃO.

A produção do cuidado no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil constitui-se como um campo atravessado por disputas éticas, políticas e subjetivas, nas quais se confrontam diferentes racionalidades de gestão da vida. No interior do Sistema Único de Saúde (SUS), essas disputas se expressam cotidianamente nos modos de organizar o trabalho, de produzir cuidado e de constituir sujeitos, revelando tensões permanentes entre projetos comprometidos com a integralidade da atenção e modelos tecnoassistenciais hegemônicos alinhados à racionalidade biomédica e neoliberal. Nesse cenário, o cuidado deixa de ser compreendido apenas como aplicação de técnicas ou execução de procedimentos, passando a se configurar como uma prática relacional, produzida no encontro entre trabalhadores, usuários e gestores, e atravessada por processos de subjetivação, poder e resistência.

À luz das contribuições de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, o presente trabalho parte da compreensão de que as práticas em saúde operam no interior de uma biopolítica que incide diretamente sobre a vida, regulando corpos, condutas e modos de existir. Contudo, reconhece-se que é precisamente no plano micropolítico do cotidiano dos serviços que essas racionalidades se atualizam, mas também onde emergem fissuras e possibilidades de resistência. Nesse sentido, a micropolítica da saúde e o conceito de trabalho vivo em ato, formulado por Merhy e Franco, oferecem ferramentas analíticas fundamentais para compreender como o cuidado se produz como acontecimento relacional, ético e político, para além da centralidade dos protocolos, indicadores e dispositivos normativos.

Assim, o este trabalho se constrói com o objetivo de analisar criticamente os processos de produção do cuidado no SUS a partir da centralidade do trabalho vivo e das tecnologias leves, compreendendo-as como operadores micropolíticos capazes de tensionar a captura do cuidado

pelos modelos tecnoassistenciais hegemônicos. Ao discutir as confluências entre subjetividade, trabalho em saúde e Política Nacional de Humanização (PNH), busco evidenciar como o uso intencional e central das tecnologias relacionais podem sustentar práticas de cuidado comprometidas com a vida, com a afirmação dos sujeitos como seres de direitos e com a defesa do projeto ético-político do SUS no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO.

Michel Foucault, ao ministrar no Collège de France, entre 1975 e 1976, o curso *Em Defesa da Sociedade,* nos introduz a noção de biopolítica como uma tecnologia de poder emergente que instaura um regime em que o exercício do poder passa a incidir diretamente sobre a vida, regulando e administrando segundo a lógica do "*fazer viver e deixar morrer*". Nesse contexto, por meio da lógica capitalista, sobretudo em sua configuração contemporânea, o neoliberalismo (Dardot e Laval, 2016), é que se constitui um terreno fértil para tal exercício, onde o homem deixa de ser compreendido apenas como força de trabalho individual e passa a ser tomado enquanto entidade coletiva (Foucault, 2005, p. 289b):

> E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, urna massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.

É precisamente nesse caráter capilar e imanente do poder que situo a necessidade de recorrer ao conceito de micropolítica, tal como desenvolvido em *O Anti-Édipo* (1972) e *Mil Platôs* (1980) dos autores Gilles Deleuze e Félix Guattari, que diz respeito aos processos moleculares que atravessam a vida social e para além e aquém das estruturas macropolíticas instituídas. Isto é, se produzem afetos, desejos e modos de existir, sem se restringir às instâncias formais do Estado e se atualiza e regula continuamente nas relações, nos encontros e nos modos de viver (Deleuze e Guattari, 1995; Deleuze e Guattari, 2011). Sendo corroborado as impressões foucaultianas sobre o poder não mais se apresentar como

algo exclusivamente coercitivo e repressivo, mas como uma força imanente às práticas sociais (Foucault, 2005).

Ao considerar que a biopolítica atua fundamentalmente na gestão da vida, é precisamente no cotidiano das práticas sociais que seus efeitos se atualizam e se reproduzem, mas também onde emergem fissuras, resistências e tensionamentos (Merhy e Franco, 2013). Assim, a *micropolítica na saúde* (Feuerwerker, 2014) constitui um campo privilegiado para compreender os modos pelos quais as racionalidades biopolíticas e neoliberais se infiltram e operam no cotidiano das políticas públicas no Brasil, sobretudo na produção de cuidado.

Segundo as contribuições de Merhy e Franco (2012) os processos de trabalho em saúde são atravessados pela subjetividade, uma vez que o cuidado se produz, fundamentalmente, no encontro entre trabalhadores, usuários e gestores. Portanto, não podendo ser reduzido à mera execução de procedimentos ou à aplicação de saberes técnico-científicos, uma vez que envolve afetos, desejos, implicações ético-políticas e modos singulares de estar em relação, na medida em que, como afirma Merhy (2012, p.154a), "o trabalho em saúde, pela sua natureza relacional, traz a centralidade do trabalho vivo em ato, ou seja, os produtos da saúde se realizam em ato, na relação entre produtor e consumidor".

Entretanto, essa dimensão subjetiva e relacional do cuidado tem sido sistematicamente tensionada (e muitas vezes capturada) pelos modelos tecnoassistenciais hegemônicos, compreendidos como tecnologias de trabalho que priorizam instrumentos e saberes técnicos, que se mostram funcionalmente alinhados à lógica capitalista neoliberal, ao privilegiarem a racionalidade do consumo, da produtividade excessiva e da eficiência técnica, em detrimento das dimensões relacionais conforme cita Franco e Merhy (2012, p. 154a):

> Há também aqui processos intensos de captura, mas que não se dão pela máquina, mas por ação do próprio profissional, que muitas vezes adota práticas com base em modelos e assistência que se constituíram como dispositivos de realização do mercado, e por este motivo, centrado no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos.

Tais modelos tendem a subordinar o trabalho vivo a protocolos, metas e indicadores, esvaziando a dimensão relacional do cuidado e reduzindo o sujeito a um corpo orgânico a ser gerido. Ao privilegiar a eficiência

técnica, a produtividade e o cumprimento de fluxos padronizados em detrimento do vínculo, da escuta e do acolhimento, esses arranjos institucionais produzem práticas pouco sensíveis às singularidades e às condições concretas de vida dos usuários, contribuindo para a reprodução de processos de subjetivação alinhados à racionalidade capitalista e gerencial, que operam pela normatização das condutas, pela fragmentação do cuidado e pela instrumentalização das relações, tensionando e, por vezes, contradizendo os próprios princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o SUS.

Diante desse cenário, ao afirmar a micropolítica da saúde como eixo analítico, esta produção propõe problematizar a hegemonia dos modelos tecnoassistenciais vigentes e sustentar o protagonismo das tecnologias relacionais como condição ética, política e clínica para a produção de um cuidado comprometido com a vida. Busca-se, assim, evidenciar possibilidades de construção de práticas de cuidado que afirmem o sujeito como ser de direitos no cotidiano dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se reafirma a centralidade do trabalho vivo em ato e do encontro entre sujeitos como espaços privilegiados de criação, resistência e reinvenção das práticas de cuidado, reconhecendo usuários e trabalhadores como sujeitos coprodutores dos processos de saúde.

CONFLUÊNCIAS ENTRE TRABALHO VIVO E A SUBJETIVIDADE.

As contribuições de Feuerwerker (2014) acerca da micropolítica na saúde permitem compreender que as práticas em saúde não são neutras, uma vez que se produzem no interior das relações entre trabalhadores, usuários e gestores, sendo atravessadas por interesses, valores, saberes e modos de subjetivação no momento concreto da produção do cuidado. Essa compreensão, contudo, só se torna plenamente inteligível quando articulada ao conceito de trabalho vivo formulado por Merhy (2002), definido como “o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador” (Franco e Merhy, p. 153) e o trabalho morto como “o trabalho pregresso, já realizado, que, portanto, está incorporando as máquinas e instrumentos de trabalho” (Franco e Merhy, 2012, p. 153).

É a partir desse referencial que se torna possível compreender o chamado “momento concreto da produção do cuidado" como o instante em

que o cuidado efetivamente acontece no encontro entre sujeitos. Isto é, quando o trabalhador de saúde, ao se colocar diante do usuário, não se limita à execução de protocolos previamente planejados, normatizados ou prescritos (trabalho morto), mas participa de uma coprodução do cuidado, na qual afetações e subjetividades se fazem presentes (trabalho vivo). Nesse ponto, torna-se pertinente o conceito de tecnologias em saúde, compreendidas não apenas como instrumentos ou máquinas, mas como saberes e conhecimentos aplicados à ação, em outras palavras, aos modos de fazer e produzir cuidado (Franco e Merhy, 2012; Lannes, 2022).

Merhy (2002) propõe a distinção entre três tecnologias: as duras, relacionadas aos equipamentos, normas e estruturas organizacionais; tecnologias leve-duras, vinculadas aos saberes técnicos e científicos, como a clínica e os protocolos; e tecnologias leves, que se produzem no encontro entre trabalhador e usuário, envolvendo a escuta, o vínculo, a negociação e a corresponsabilização. Essa tipologia evidencia que, embora as tecnologias duras e leve-duras sejam importantes para a organização da assistência, tal qual o próprio adverte "todo processo produtivo vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho" (Franco e Merhy, 2012, p.153) é no uso das tecnologias leves que o cuidado se concretiza como prática ética, relacional e política, produzida no plano micropolítico do trabalho vivo em ato.

No trabalho em saúde, essas duas dimensões – trabalho morto e trabalho vivo – coexistem de forma permanentemente tensionada e se expressam por meio do uso das tecnologias em saúde. Como abordado anteriormente, o trabalho morto está predominantemente associado às tecnologias duras e leve-duras, que embora necessárias à estruturação dos serviços, tendem a engessar o cuidado. Em contrapartida, o trabalho vivo se realiza sobretudo por meio das tecnologias leves, onde usuários e trabalhadores são reconhecidos como protagonistas do processo de produção da saúde, nas palavras de Franco e Merhy (2013) citado por Almeida e Merhy (2020, p. 67) "os trabalhadores não são meramente 'recursos' humanos ou insumos e nem a produção da saúde é alheia à dimensão subjetiva do trabalho".

Por este recorte, entendemos que a subjetividade não deve ser compreendida como um elemento acessório ou exclusivamente individual, mas como uma dimensão constitutiva dos processos de trabalho em

saúde. À luz das contribuições de Foucault (1979) e de Deleuze e Guattari (1995), compreende-se que os processos de cuidado são, simultaneamente, processos de produção de vida e de produção de subjetividades. Para Foucault (1979), a subjetividade não é uma essência individual, mas um efeito histórico e relacional, produzido por meio de práticas discursivas, dispositivos de poder e tecnologias de governamentalidade.

Essa compreensão é aprofundada e radicalizada por Deleuze e Guattari (1995), ao conceber a subjetividade como produção, e não como identidade fixa; evidenciando que os processos de subjetivação se dão por meio de agenciamentos, isto é, pelo co-funcionamento de elementos de natureza distintos (podendo ser pessoas, saberes, instituições, afetos, práticas, etc) associados por uma relação de conveniência estabelecidas no cotidiano. Conforme elucidados pelos autores:

> Em seu aspecto material ou maquínico, um agenciamento não nos parece remeter a uma produção de bens, mas a um estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, compreendendo todas as atrações e repulsões, as simpatias e as antipatias, as alterações, as alianças, as penetrações e expansões que afetam os corpos de todos os tipos, uns em relação aos outros (Deleuze e Guattari, 1995, p.31).

Nessa conjuntura, no trabalho em saúde o cuidado se produz justamente nesses agenciamentos, nos quais tecnologias duras, leve-duras e leves se combinam de maneira singular (ou deveriam, tendo em vista os princípios de equidade e integralidade) em cada encontro. Logo, os processos de trabalho em saúde, quando capturados pela lógica do trabalho morto, fazem com que o cuidado produza subjetividades disciplinadas; por outro lado, quando sustentado pelo trabalho vivo em ato, temos a possibilidade de produzir subjetividades mais autônomas e corresponsáveis que juntas favorecem práticas de cuidado resolutivas e com compromisso.

E como o próprio Foucault indica, onde há poder, há resistência, e é precisamente no plano micropolítico do trabalho vivo que se abrem fissuras nesses dispositivos. O encontro entre trabalhador e usuário constitui um espaço privilegiado de exercício das tecnologias relacionais nas quais os sujeitos podem se implicar ativamente na produção do cuidado, reinventando modos de existir e de se relacionar com a vida. Nesse sentido, o trabalho vivo não apenas executa políticas e normas, mas as

reinscreve, e, por vezes, subverte, produzindo outros modos de subjetivação no interior dos serviços de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE DISPUTAS BIOPOLÍTICAS.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) nasce em um processo histórico marcado por intensas disputas políticas que atravessaram o Brasil a partir da década de 1970, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Tal movimento emergiu como reação crítica ao modelo biomédico hegemônico, caracterizado pela centralidade hospitalocêntrica e pelo foco curativista, que produzia acesso seletivo e desigual aos serviços. Sendo assim, ao afirmar a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a Reforma Sanitária desloca a saúde do campo do consumo para o campo dos direitos sociais, propondo uma reorganização radical dos modos de produzir o cuidado.

É através da promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece os princípios da universalidade, integralidade e equidade como fundamentos do SUS que ocorre a institucionalização desse projeto. Entretanto, conforme reconhecido pelo próprio Ministério da Saúde, a consolidação do sistema se dá em um cenário atravessado por profundas contradições, no qual "os serviços de saúde ainda reproduzem práticas fragmentadas, hierarquizadas e centradas no procedimento" (BRASIL, 2013). Assim, o SUS se constitui simultaneamente como conquista social e como campo de disputas, no interior do qual coexistem projetos distintos e, por vezes, antagônicos à saúde.

Essas contradições se expressam de forma particularmente intensa nos processos de trabalho em saúde, pois, embora o SUS tenha sido concebido como um sistema orientado pela integralidade do cuidado, sua operacionalização cotidiana tem sido amplamente capturada por modelos tecnoassistenciais hegemônicos, alinhados à racionalidade biomédica. O próprio documento base da Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece que o modelo tradicional de atenção e gestão produz "relações verticalizadas, fragmentação do cuidado e desresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde" (BRASIL, 2013, p. 7). Sob essa lógica, o cuidado tende a ser reduzido à execução de procedimentos técnicos, e os sujeitos, usuários e trabalhadores, são

frequentemente posicionados como sendo apenas objetos de intervenção ou recursos produtivos.

É nesse cenário que emerge a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, como uma resposta às limitações estruturais do modelo de atenção e gestão vigente. Longe de se configurar como uma política acessória, a PNH se apresenta como uma estratégia de transformação dos modos de produzir saúde, ao afirmar que "humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (BRASIL, 2013, p. 8).

A PNH parte do reconhecimento de que os processos de cuidado e gestão são indissociáveis e se produzem no cotidiano dos serviços, no encontro entre sujeitos. Nesse sentido, a política afirma explicitamente que "não há como humanizar a atenção sem humanizar a gestão" (BRASIL, 2013, p. 9), deslocando a humanização para um campo político. Ao propor dispositivos como o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão e os projetos terapêuticos singulares (PTS), a PNH busca tensionar os modos tradicionais de organização do trabalho, recolocando o trabalho vivo como eixo central da produção do cuidado ao instaurar dispositivos que incidem diretamente sobre os modos de produzir cuidado.

Diferentemente das tecnologias duras e leve-duras, os dispositivos da PNH exigem implicação, escuta, vínculo e corresponsabilização, convocando os sujeitos a se posicionarem ativamente no processo de cuidado. Assim, o acolhimento não se reduz a um protocolo, mas se constitui como um modo de operar o trabalho vivo, ao deslocar a centralidade do ato técnico para a relação e para a produção compartilhada de respostas às necessidades singulares dos usuários. No entanto, essa potência pode ser capturada pelos modelos tecnoassistenciais hegemônicos quando passam a ser operacionalizados de forma burocrática, esvaziando seu sentido ético-político. Como alertam Franco e Merhy ao analisarem a não sobreposição do trabalho vivo:

> Se isto não ocorre o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo quando Acolhimento vira triagem, o Vínculo se realiza apenas administrativamente, e o acompanhamento de

> Projetos Terapêuticos se dá de forma protocolar, com base nos procedimentos exclusivamente (Franco e Merhy, 2012, p.156).

De modo semelhante, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos singulares funcionam como dispositivos que tensionam a fragmentação do cuidado e a lógica prescritiva, ao reconhecerem que o processo saúde-doença não se esgota na dimensão orgânica, mas envolve determinantes sociais e subjetivos (Brasil, 2013). Ao convocar o trabalhador a construir o cuidado em ato, esses dispositivos afirmam o trabalho vivo como espaço de criação e invenção, no qual saberes técnicos são reinterpretados e, por vezes, subvertidos em função da singularidade de cada situação (Merhy, 2002; Franco; Merhy, 2012).

Já a cogestão, ao instituir espaços coletivos de análise e decisão, atua como um dispositivo que incide diretamente sobre as relações de poder no interior das instituições de saúde. Ao deslocar a gestão de um exercício hierárquico e centralizado para um processo compartilhado, a cogestão potencializa o trabalho vivo ao reconhecer trabalhadores e usuários como sujeitos políticos, capazes de intervir nos modos de organizar o trabalho e produzir cuidado. Ao valorizar o protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores, a PNH reconhece esses sujeitos como coprodutores da saúde e afirma a necessidade de sua implicação ativa nos processos decisórios.

Conforme explicitado pelo Ministério da Saúde, a política aposta na construção de "espaços coletivos de análise e decisão, nos quais os diferentes sujeitos possam compartilhar responsabilidades e produzir novos modos de cuidar e gerir" (Brasil, 2008, p. 14). Trata-se, portanto, de uma intervenção no plano micropolítico, que busca transformar as relações de poder que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, os dispositivos da PNH não apenas qualificam a atenção, mas produzem deslocamentos nos processos de subjetivação, abrindo fissuras nos dispositivos biopolíticos hegemônicos.

Nessa conjuntura, a Política Nacional de Humanização pode ser compreendida como um dispositivo que opera no interior das contradições do SUS, abrindo fissuras nos modelos tecnoassistenciais hegemônicos e possibilitando a emergência de práticas mais sensíveis às subjetividades e aos modos singulares de viver. Ao afirmar o cuidado como produção relacional e ao reconhecer o trabalho vivo como espaço de criação e

resistência, a PNH recoloca em cena o projeto ético-político do SUS, reafirmando a saúde como direito e a vida como valor central das práticas de cuidado.

TECNOLOGIAS LEVES COMO PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO.

Ao compreender o SUS e seus dispositivos como atravessados por disputas biopolíticas, torna-se fundamental reconhecer que a resistência às racionalidades hegemônicas não se dá apenas no plano das macroestruturas institucionais ou das formulações normativas, mas, sobretudo, no cotidiano do trabalho em saúde, no nível micropolítico onde o cuidado se efetiva. É nesse plano que as tecnologias leves se apresentam não apenas como instrumentos de qualificação da atenção, mas como práticas políticas de resistência, capazes de tensionar os modos hegemônicos de produzir cuidado e de reintroduzir a dimensão ética, relacional e subjetiva no interior das políticas públicas de saúde.

> Quando denominamos por tecnologia leve esse trabalho, que é também relacional, político e imaterial, colocamos na mesma categoria o campo das relações sociais. Não se pode perder de vista, porém, que essa ocupação é tensionada, pois é atravessada por um campo de forças e disputas em jogos de verdade e produção de saber (Sodré; Rocco, 2023, p. 5).

Assim, a tecnologia leve em saúde se insere em um campo de produção de cuidado que não é neutro, e portanto, está atravessado por disputas de poder e processos de normatização que incidem diretamente sobre os modos de sentir, agir e cuidar, reafirmando a micropolítica do cuidado como espaço de resistência no interior do SUS tendo em vista que o uso intencional das tecnologias leves pode, portanto, operar como forma de contraconduta (Foucault, 2008), isto é, práticas de resistência imanentes às relações de poder que neste contexto refletem no deslocamento da centralidade da norma para a relação e do procedimento para o encontro.

No cotidiano dos serviços, essa resistência não se expressa necessariamente como negação explícita das normas ou das políticas instituídas, como já trabalhadas nos tópicos anteriores, mas como crítica dessas diretrizes no plano do trabalho vivo. Ao acolher para além da triagem, ao

construir vínculos que ultrapassam a dimensão administrativa e ao sustentar projetos terapêuticos que se orientam pelas necessidades singulares dos sujeitos, os trabalhadores produzem fissuras nos dispositivos hegemônicos, reinventando a política no ato mesmo de sua execução.

Conforme Merhy (2002), as tecnologias relacionais operam no encontro entre trabalhador e usuário, mobilizando dimensões como a escuta, o vínculo, a negociação, a corresponsabilização e o reconhecimento do outro como sujeito, introduzindo uma abertura ao imprevisível, ao singular e ao relacional, reinstaurando o cuidado. Nesse sentido, seu uso cotidiano configura-se como uma aposta ética e política na potência do trabalho vivo, como confirmam Sodré e Rocon (2023, p.5) "no encontro com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), é esse contato inserido no campo do sensível (do tato aos demais sentidos) que produz as boas práticas de cuidado" pois produzem efeitos concretos na qualificação do cuidado, especialmente no que se refere à construção de vínculos entre trabalhadores e usuários.

Os estudos de Silva *et al.* (2024) apontam que a construção de relações sólidas entre profissionais de saúde e usuários, favorecidos por relações menos verticalizadas, constitui elemento central para a efetividade do cuidado, uma vez que o vínculo extrapola os aspectos técnicos da assistência e envolve a compreensão de dimensões diversas da vida, como os valores, crenças e afins (Martins; Carbonai, 2022). Nesse sentido, o vínculo se configura como elemento estruturante da produção do cuidado, na medida em que favorece a adesão aos projetos terapêuticos, amplia a autonomia dos usuários e fortalece seu protagonismo nos processos de cuidado.

Ainda em Silva *et al.* (2024) é indicado que usuários que estabelecem vínculos consistentes com os profissionais de saúde tendem a compartilhar informações de forma mais aberta, participar ativamente das decisões sobre seu tratamento e manter maior continuidade no acompanhamento em saúde. Ao promover uma abordagem centrada na relação e no encontro, as tecnologias leves favorecem a integralidade do cuidado, ampliam a capacidade de resposta dos serviços às demandas complexas e reforçam a continuidade das ações em saúde, especialmente nos contextos de maior vulnerabilidade social (Cunha *et al.*, 2021). Tais efeitos não apenas qualificam os resultados clínicos, mas também produzem maior

satisfação dos usuários e fortalecem a dimensão ética do cuidado, ao reconhecer o outro como sujeito de direitos.

Ademais, essa centralidade nas tecnologias relacionais causam efeitos proporcionais aos trabalhadores de saúde também, que em face a cartografia do trabalho e do cuidado proposta por Franco e Merhy (2013), evidenciam que, no predomínio do trabalho vivo, em ato, o trabalhador dispõe de elevados graus de liberdade e potência criativa na produção do cuidado, e essa margem de autonomia potencializa os aspectos relacionais das tecnologias leves, permitindo que o cuidado se produza para além da prescrição normativa e se fundamente no vínculo, tornando "possível ao trabalhador operar linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, sendo ele próprio capaz de encontrar novos territórios de significações" (Franco; Merhy, 2013, p. 160).

Nessa conjuntura, ao ampliar os graus de autonomia, criatividade e implicação no processo de trabalho, esse modo de operar o cuidado atua como fator de proteção frente a processos de adoecimento relacionados à fragmentação das práticas e mecanização do trabalhador. Em vista disso, a desvalorização do trabalho vivo, a rigidez normativa e as relações verticalizadas tendem a produzir sofrimento, desgaste emocional e desresponsabilização dos sujeitos, ocasionando em altos índices de profissionais adoecidos e dessensibilizados.

Em contrapartida, práticas mais libertadoras, que reconhecem o trabalhador como sujeito ativo da produção do cuidado, favorecem a construção de sentido no trabalho, fortalecem os vínculos e contribuem para a prevenção de processos como o esgotamento profissional, a desmotivação e a naturalização da violência institucional. Assim, ao reinscrever o cuidado no campo da relação e da criação, as tecnologias leves não apenas qualificam a atenção prestada aos usuários, como também produzem condições mais saudáveis, éticas e sustentáveis de trabalho nos serviços de saúde para trabalhadores.

Diferentemente de intervenções centradas exclusivamente em tecnologias duras, as tecnologias leves demandam menor aporte financeiro e estrutura e produzem efeitos significativos na qualidade do cuidado, como já citados anteriormente. Ao conjugar baixo custo operacional com alta potência relacional, essas tecnologias se mostram estratégicas para o fortalecimento do SUS, especialmente em contextos marcados por

desigualdades sociais, reafirmando que a produção de cuidado humanizado não depende exclusivamente de maior incorporação tecnológica, mas da valorização da implicação dos sujeitos no processo de cuidar.

Outro benefício relevante é a ampliação da continuidade (cuidado horizontal) e da integralidade do cuidado. Pois, ao sustentar relações que se produzem no tempo e não se esgotam em atendimentos pontuais, essas tecnologias favorecem a responsabilização compartilhada e a construção de trajetórias de cuidado mais consistentes, mesmo em contextos marcados limitações estruturais dos serviços. Conforme assinala o Ministério da Saúde, a integralidade do cuidado pressupõe a articulação entre saberes, práticas e sujeitos, o que só se torna possível quando o trabalho em saúde reconhece a centralidade da relação e do encontro (Brasil, 2008). Além disso, ao introduzirem o sensível, o afeto e a singularidade como dimensões legítimas do trabalho em saúde, as tecnologias leves produzem efeitos que extrapolam os indicadores tradicionais de produtividade.

Como destacam Sodré e Rocco (2023), é no campo do sensível e das relações que se produzem as boas práticas de cuidado, uma vez que o contato entre trabalhador e usuário mobiliza dimensões éticas, políticas e subjetivas que não podem ser reduzidas à execução de tarefas. Assim, os benefícios das tecnologias leves se inscrevem tanto na melhoria da experiência dos usuários quanto na qualificação do trabalho dos profissionais, reafirmando o cuidado como prática viva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Ao longo deste trabalho, buscou-se analisar os processos de produção do cuidado no âmbito das políticas públicas de saúde a partir de uma leitura micropolítica, articulando as contribuições de Foucault, Deleuze e Guattari com o referencial do trabalho vivo em saúde desenvolvido por Merhy e Franco. Partiu-se da compreensão de que o SUS, enquanto conquista histórica da Reforma Sanitária, se constitui como um campo permanente de disputas biopolíticas, no qual coexistem projetos antagônicos de cuidado, subjetivação e gestão da vida.

A análise evidenciou que os modelos tecnoassistenciais hegemônicos, alinhados à racionalidade capitalista neoliberal, tendem a capturar o trabalho vivo por meio da centralidade dos protocolos, da produtividade e

do controle, produzindo práticas fragmentadas e subjetividades ajustadas à lógica do desempenho e do consumo. Tal captura não se dá apenas por meio de tecnologias duras ou leve-duras, mas também pela incorporação acrítica dessas racionalidades no próprio fazer cotidiano dos trabalhadores, o que reforça a necessidade de uma análise atenta às dinâmicas micropolíticas do cuidado.

Nesse contexto, o conceito de trabalho vivo mostrou-se central para compreender o cuidado como produção em ato, realizada no encontro entre sujeitos e atravessada por afetos, desejos e implicações ético-políticas. Ao reconhecer que o cuidado não se reduz à aplicação de saberes técnico-científicos, mas se constrói na relação, o trabalho vivo revela-se como espaço privilegiado de criação, invenção e resistência, no qual as políticas e normas são continuamente reinscritas e, por vezes, subvertidas.

As tecnologias leves, nesse sentido, emergem como operadores fundamentais dessa resistência micropolítica. Ao mobilizarem a escuta, o vínculo, a negociação e a corresponsabilização, elas possibilitam a produção de práticas de cuidado mais sensíveis às singularidades e comprometidas com a vida. Longe de se configurarem como elementos acessórios, as tecnologias leves se afirmam como condição ética e política para a efetivação dos princípios do SUS, especialmente a integralidade, a equidade e a participação social.

A Política Nacional de Humanização foi compreendida, assim, como um dispositivo estratégico que opera no interior dessas disputas, ao recolocar o trabalho vivo no centro da produção do cuidado e ao tensionar os modos tradicionais de atenção e gestão. No entanto, como evidenciado, seus dispositivos não estão imunes aos processos de captura, o que exige uma vigilância permanente para que práticas como o acolhimento, a clínica ampliada, os projetos terapêuticos singulares e a cogestão não se reduzam a procedimentos formais ou administrativos, esvaziando sua potência transformadora.

Conclui-se que sustentar o uso das tecnologias leves no cotidiano das políticas públicas de saúde é apostar em um cuidado que se produz como prática ética, política e relacional, capaz de afirmar sujeitos autônomos e corresponsáveis. Trata-se de reconhecer que a transformação do cuidado não se dá apenas por reformas estruturais ou normativas, mas, sobretudo, no plano micropolítico dos encontros, onde o trabalho vivo pode

abrir fissuras nos dispositivos hegemônicos e produzir outros modos de subjetivação. Nesse sentido, reafirma-se o SUS não apenas como um sistema de serviços, mas como um projeto ético-político em permanente construção, cuja vitalidade depende da potência inventiva do trabalho vivo e do compromisso cotidiano com a defesa da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CUNHA, E. M., et al. Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na atenção primária em saúde:validação estatística em um território de saúde do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 7, 2021.

DE ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs:** Capitalismo e Esquizofrenia. v. 1. Tradução de Aurélio Guerra e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro. Editora 34. 1995.

FEUERWERKER, L. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre, RS: Rede Unida. 2014. 174 p.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de janeiro: Graal, 1979. Traduzido por: Roberto Machado.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população.** Curso no Collège de France (1977–1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
SODRÉ, F; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado "tecnologia leve"?. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210545pt, 2023.
FRANCO, T. B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Orgs), **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: Hucitec, p. 243-251, 2013.
FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. ág. 151-163, 2012.
LANNES, R. M. et al. As tecnologias relacionais e a Educação Permanente na atenção obstétrica: uma reflexão teórica. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 13, n. Especial, p. 106-111, 2022.
MARTINS, Ana Paula da Silva; CARBONAI, Davide. **Cuidado centrado na pessoa e produção de vínculos nos serviços de saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 26, e220123, 2022.
MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **In Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos** (pp. 230-249). São Paulo: Hucitec.
SILVA, Wendel J. et al. ENTRE O VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE: O PAPEL DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 324-336, 2024.

Concepção de saúde e de ciência nas PICs: uma análise documental fenomenológica-hermenêutica

Lorena Schalken de Andrade

INTRODUÇÃO.

A política pública das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde visa oferecer subsídios complementares à Atenção Primária, porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS) e de toda a rede de comunicação com os demais níveis de complexidade do sistema. Por meio dela, as ações visam tanto o individual quanto o coletivo no intuito de promover saúde, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação, redução de danos e tratamentos. A Atenção Primária busca se desenvolver de forma descentralizada dos hospitais, funcionando também como estratégia de organização das demandas e do fluxo de serviços à população (Brasil, 2018).

Em meio às discussões nos últimos anos acerca do que é saúde e principalmente do que é científico ou pseudocientífico, encontramos discursos fomentados por opiniões pessoais, agrupamento de cosmovisões que, unidas, se tornam novas "metodologias", vendidas por gurus, que se dizem experientes no assunto, com promessas de cura e vida saudável. No Brasil de 2020, por exemplo, com a pandemia da COVID-19, às práticas integrativas foram fortemente associadas a teorias negacionistas, fomentadas, principalmente, pelo governo do país, exacerbando as crenças de não existência do vírus e contribuindo para o surgimento das fontes milagrosas para o tratamento de doenças.

A associação das PICs às pseudociências segue uma trajetória de afirmações que se baseiam em métodos "infalíveis/infalseáveis", em sua maioria, acompanhadas de dogmas. Karl Popper (1980), filósofo da ciência, austríaco, afirmava que a importância da ciência para a sociedade se dá pelas investigações e resultados, mas principalmente pelos conceitos e métodos, que podem ser critérios para submissão a testagens e, mesmo assim, falseáveis. Sob a ótica urgente e neoliberal, a criação de produtos e serviços que sigam a agenda da produtividade e suposta

autonomia, as práticas integrativas, com suas epistemologias diversas (em sua grande maioria, orientais), acabam se transformando em produtos que geram lucro e interesse de exploração do consumo por empresas no segmento do bem-estar.

Por outro lado, é necessário compreender o papel das PICs, ofertadas dentro de uma política pública de saúde, como ferramenta terapêutica que não se propõe à confirmação de crenças e dogmas, nem a resultados finais para cura de males. As PICs inseridas na Política Nacional de Humanização (PNH), buscam complementar o atendimento à saúde pela via da Atenção Básica e fomentar estratégias de reconhecimento do adoecimento como parte de uma totalidade que engloba não apenas aspectos biológicos, mas a investigação de modos de relação com o ambiente, a cultura e a sociedade, que geram impactos na forma de desenvolvimento da saúde.

Importante ressaltar que não há intenção de negar o modelo hegemônico de saúde, e sim alinhar outras práticas de cuidado como possibilidade de cuidado no sistema público de saúde, visando o olhar para a totalidade; revisão constante, por meio de pesquisas e diagnósticos situacionais, de como, por quem e para que as práticas são conduzidas ou inseridas em determinado contexto.

Neste sentido, refletir acerca da entrada de diversos saberes no campo da atenção à saúde, marca um diálogo descentralizado de perspectivas que se voltam apenas para análises anátomo-clínicas. Este diálogo também abrange a necessidade de olhar para a história do território no qual vivemos, no sul do planeta, em uma realidade chamada de latino-americana, que também se distancia de processos históricos-sociais ocorridos no norte global ao longo do tempo. Questionar a forma como encaramos o que é ciência e saúde, na atualidade, se relaciona com a construção de pressupostos baseados em idéias que, em muitos aspectos, se distanciam em geografia e ideologias.

A fenomenologia iniciada em Brentano (*apud* Brito, 2013), aprofundada por Husserl (1859-1938), evidencia apontamentos para a superação da dicotomia sujeito e objeto da ciência clássica, além de compreensões sob as perspectivas de consciência, existência etc. Ideias e teorias que, às suas épocas, foram revolucionárias e propuseram rupturas na forma de se conceber o ser humano. No entanto, as teorias filosóficas acompanham as transformações sociais e históricas que, na medida em que vão

sendo estudadas e construídas, adquirem características textuais de quem escreve não apenas em biografia, mas em localização e alcance geográfico e existencial-epistêmico.

Clini (2022) nos chama a atenção para o fato de que, apesar da fenomenologia em sua origem, carregar a proposta disruptiva, é necessário olhar para os autores que também fazem parte desta hegemonia que tanto criticamos. E cabe ressaltar que esta crítica não significa abandonar os fundamentos fenomenológicos, mas olhar para a materialidade das relações e saberes que nos cercam, "[...] reabilitar o verbo ver" (Cabral, 2022, p. 18) e dialogar para construção de novos conhecimentos que se aproximem das nossas realidades. Cabral e Casanova (2022) apontam a desconstrução das bases coloniais modernas que ainda determinam as subjetividades humanas e os espaços de coexistência como um dos caminhos para uma potência emancipadora.

Assim, quando discuto neste artigo as concepções de saúde e ciência, localizo-me no campo da psicologia, em território amazônico, no norte de um País com proporções continentais, que possui uma vasta miscigenação, oriunda de colonizações, culturas, saberes e a história de muitos povos presentes nas origens do Brasil e que tiveram sua existência quase aniquilada. Chamo a atenção para estas questões em função de, apesar das Práticas Integrativas estarem inseridas em um contexto de saúde e evidenciarem a multiplicidade de cosmovisões orientais do ser humano, é urgente refletir acerca do reconhecimento das práticas de cuidado e saber dos povos originários.

O pensamento decolonial, neste sentido, pode nos ajudar a aprofundar a teoria e aprimorar a práxis, já que se compreende como uma perspectiva que busca o desprendimento de um único saber possível e se amplia para a pluralidade, principalmente quando abordamos categorias e conceitos adequados à América Latina ou a grupos nos quais a colonialidade foi imposta. A decolonialidade assume um significado dentro dos estudos teóricos na academia em contraste com a hegemonia eurocêntrica de aplicação de enquadramento de metodologias (Walsh, 2019; Sueiss; Silva, 2019).

Ao eleger a fenomenologia como metodologia de investigação em qualquer área de atuação, é coerente retornar aos pressupostos husserlianos de existência humana, dialogando não apenas com a linha epistemológica fenomenológica tradicional, mas avançar a partir do que já

existe na literatura, elevando pontes na pluralidade humana. Husserl, conforme discutido na seção anterior, na busca de romper com a lógica cartesiana, se propõe a olhar para os fenômenos de maneira que ultrapasse a *atitude natural,* de outra forma, a naturalização da existência enquanto única possibilidade. Ações em saúde ou ações clínicas são compreendidas, dentro desta perspectiva, como gesto de abertura profissional e de escuta e que pode acontecer em todas as partes pelas quais transitamos.

Santos (2017) advoga pelo pensamento decolonial em diálogo com a fenomenologia, fazendo uma revisão crítica dos pressupostos epistemológicos desta e propondo a inclusão do que chama de *periferia do sistema-mundo* em diálogo com o saber europeu. A construção do trabalho do autor, revela que considerar a colonização como fato histórico e a colonialidade como determinante para a consolidação de uma episteme são pontos de abertura importantes não apenas para revisar a práxis, mas para ampliá-la em consonância com o atendimento às camadas populares da população do sul global.

Pensar a colonização histórica em nosso continente, é também adentrar na colonialidade, ou seja, o domínio cultural, social, econômico encontra-se sob o jugo dos países do norte, mais especificamente, daqueles considerados grandes potências, que se movimentam por meio da oscilação da sua moeda (dólar) e dos quais ainda importamos conhecimento, os parâmetros para análises e práticas, seja na psicologia ou em outras áreas da saúde, assim como a difusão de bibliografias nas universidades.

Maldonado-Torres (2017) aborda a importância do pensamento do psiquiatra e escritor Frantz Fanon (1952) para uma perspectiva decolonial na psicologia e em outras áreas do conhecimento como sociologia, filosofia, teoria política, história e literatura, fomentando uma práxis que valorize a diversidade cultural e a justiça social. Traça um diálogo com a obra *Pele Negra, Máscaras Brancas* (Fanon, 1952) para destacar a importância de abordagens decoloniais na busca de questionar as formas tradicionais e modernas de conhecimento psicológico que foram desenvolvidas dentro do contexto colonial.

A fenomenologia recupera a correlação entre consciência e intencionalidade; estabelece a apreensão das coisas mesmas, e a vida como guia da existência. Por meio de seus pressupostos, enfatiza uma concepção de pessoa consciente e criativa em contato com suas necessidades. Com este

escopo considero que: os princípios descritos na política pública das PICS promovem rupturas com as premissas científicas positivistas de saúde, por estabelecer uma compreensão de pessoa integral, sem reduzi-la aos sintomas de uma doença, e por preconizar o uso de recursos terapêuticos não hegemônicos, sem negar a existência das ciências e seus avanços.

A perspectiva fenomenológica decolonial pode levar em conta a diversidade de experiências e perspectivas, incluindo aquelas que são marginalizadas e oprimidas pelo sistema colonial, e reconhecer a complexidade e a multiplicidade de subjetividades e realidades. Isso pode contribuir para uma compreensão mais ampla e inclusiva do mundo e do conhecimento, além de permitir uma reflexão crítica sobre as relações de poder e exclusão presentes na construção do conhecimento e das subjetividades.

Dessa forma, a consolidação da política, visa também posicionamentos éticos-teóricos-políticos que se comprometam com a reorganização dos serviços, formação continuada, avaliações e acompanhamentos que possam dar conta da inclusão da comunidade na gestão de projetos e responsabilidades dos vínculos interprofissionais, além de uma cooperação intersetorial, com a utilização de estratégias educativas para as equipes e o diálogo com a comunidade.

METODOLOGIA

O desenho metodológico foi construído a partir do método de pesquisa qualitativa de Análise documental com enfoque fenomenológico-hermenêutico, no qual a concepção de realidade e de conhecimento efetua-se por meio do trabalho com sentidos e significados que não se explicam por si, mas se constituem por meio de temporalidade histórica e mediadas pela linguagem. (Ricoeur, 1990; Pimentel, 2013; Diniz; Pimentel, 2022; Pimentel, 2023).

Dessa forma, demarquei como objeto os documentos referentes às PICS para exercitar o desenvolvimento da reflexão sem reduzir o trabalho ao domínio da razão. Na perspectiva fenomenológica, as investigações empíricas buscam por dados que possam descrever as experiências, textos ou obras que revelam seus cotidianos, assumindo diferentes destaques de acordo com a intenção daquele que as expressa. A análise

documental é aquela em que os dados são coletados de documentos, ou seja, de qualquer material que contenha registros escritos ou imagéticos e que possam ser usados para informação, com o propósito de obter informações para compreender fenômenos humanos (Pimentel, 2001; Josgrilberg, 2017).

Conforme Alessandra Pimentel (2001), a análise de documentos inicia desde o processo de organização do material, buscando averiguar como torná-los inteligíveis de acordo com os objetivos da pesquisa. Organizar o material significa realizar leitura, fichamentos, separação de temáticas abordadas, assuntos recorrentes e, se necessário, quadros ilustrativos para identificação de referências teóricas. Investigar o fazer e o saber de quem constrói o conhecimento é desenvolver um trabalho de reconstituição da memória das áreas científicas e dos paradigmas que emergem das complexidades de seus objetos de estudo/prática.

Durante o levantamento de documentos para caracterizar e compreender a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) procedi a leitura sistemática das portarias: nº 971, de maio de 2006 (Brasil, 2006), que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no Sistema único de Saúde; e nº 1.600, de julho de 2006, que aprova a constituição do observatório e as experiências de Medicina Antroposófica no SUS; nº 849/2017, que incluiu 14 práticas: arteterapia, medicina ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária e yoga (Brasil, 2006); e a nº 702, de 21 de março de 2018, que altera a portaria anterior e acrescenta dez novas práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (Brasil, 2018).

Além das portarias de implementação, foram incluídas na leitura os Manuais de 2006 (1ª edição) e 2015 (2ª edição) que versam sobre a construção da Política e o de 2018, que integra modelos de planos de implantação das práticas e o desenvolvimento das mesmas no território e descreve os passos de cadastro dos serviços na Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2015, 2018); as Recomendações de nº 041, de 21 de maio de 2020, que aponta ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2020) e nº 070, de 18 de

novembro de 2020, sobre a inclusão de ações da PNPIC acerca de execuções orçamentárias (Brasil, 2020).

Após a compilação das leituras, selecionei três documentos pelo critério de inclusão de sintetizar a política pública, tanto no âmbito da descrição quanto nos serviços, práticas ofertadas e as formas de implantação de abordagens terapêuticas que buscam ampliar a perspectiva de saúde. Como critério de exclusão foram descartados documentos específicos criados pelos estados membros da federação.

Pesquisadoras, usualmente, realizam apreciação de documentos pelo método da análise de conteúdo ou pelo método da análise do discurso. Ambas as formas estão imersas, respectivamente, nas tradições analíticas histórico-cultural e da psicanálise, sendo ambas norteadas pelo estudo da língua formal. O tratamento dos dados baseou-se no Método da Análise Documental de Pimentel (2001) e no modelo de Itinerário hermenêutico de análise de textos, proposta por Pimentel (2022) que consiste em

> IDENTIFICAÇÃO: quem é o produtor do texto; a quem é dirigido o documento; o contexto de produção: atual e histórico; a motivação para elaboração do documento; II. ESTRUTURA DO DOCUMENTO a) GERAL: linguagem ou estilo utilizado; significados explícitos e implícitos que expressam as posições dos personagens/instituições: autores e escritora; b) ESPECÍFICA; seções, intertextualidade, valor e fim proposto pelo documento; mundo prévio explicitado no documento; a ideologia e as funções contidas no documento III. HERMENÊUTICA DO DISCURSO: processos de subjetivação; ética subjacente; dialética entre escritora/leitora para compreensão dos significados e dos sentidos presentes nos documentos.

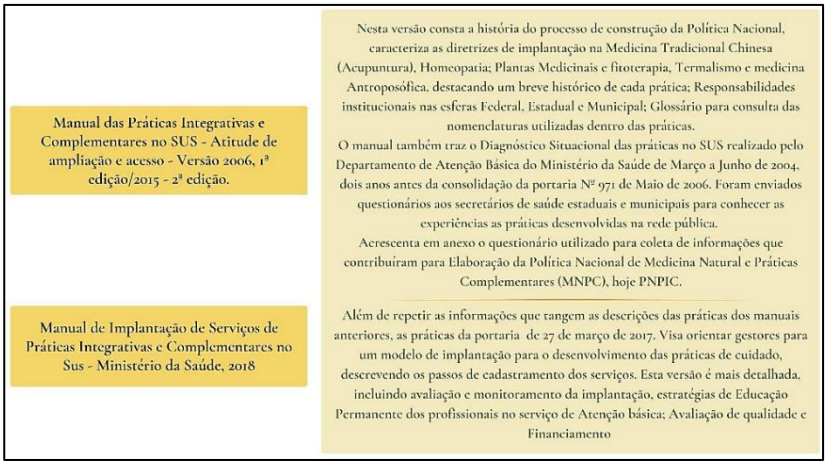
A compreensão/categorização acima mencionada contaram com o diálogo entre teorias psicológicas e antropológicas para compreensão do surgimento de terminologias para análise desta política pública.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após as leituras, foram selecionados os documentos que sintetizam a política pública tanto no âmbito da descrição quanto nos serviços, práticas ofertadas e as formas de implantação de abordagens terapêuticas que

buscam ampliar a perspectiva de saúde. Passo a apresentação dos indicadores singulares e dos comuns nos documentos que constituem o *corpus*.

Figura 1 – Caracterização dos Manuais[1].



A primeira edição do manual das PICs foi disponibilizada em 2006 após a publicação oficial das Portarias Ministeriais nº 971, de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, e conta com a delimitação das áreas e suas descrições de acordo com normas nacionais e internacionais, conferências de saúde, pesquisa com a sociedade civil e fóruns de debate. A segunda versão (2015), que consta na ficha catalográfica como 2ª edição, mantém as informações e diretrizes contidas no primeiro documento. Como objetivos a política prevê:

> 2.1 Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. 2.2 Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso. 2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas

[1] Elaborado pela autora (2022).

> ao desenvolvimento sustentável de comunidades. 2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. (Brasil, 2006/2015).

Para isso, os documentos analisados contam com uma multiplicidade de práticas não hegemônicas, a participação de secretarias e comissões de saúde, juntamente com a participação popular por meio de preenchimento de formulários para organização do "Manual das Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Atitude de ampliação e acesso" (versão 2006 e 2015) e o aprofundamento para implantação e atualização de serviços no "Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no Sus" (2018). A seguir discutirei acerca da unidade categoria *Racionalidades Médicas* e *Práticas Complementares* identificadas como elementos de sustentação da Política Pública.

RACIONALIDADES MÉDICAS.

A categoria Racionalidades Médicas recebeu esta nomeação baseada nos estudos e pesquisas da socióloga Madel Luz (1993) que criou esta nomenclatura em conjunto com diversos estudos socioantropológicos nacionais sobre práticas tradicionais. À época, com a criação do SUS, as demandas por inclusão de formas de serviços em saúde se ampliaram em diversos setores ligados ao sistema. De acordo com Luz (1993), as racionalidades integram cinco elementos básicos que podem ser estruturados de maneira teórica, prática ou simbólica, sendo estes

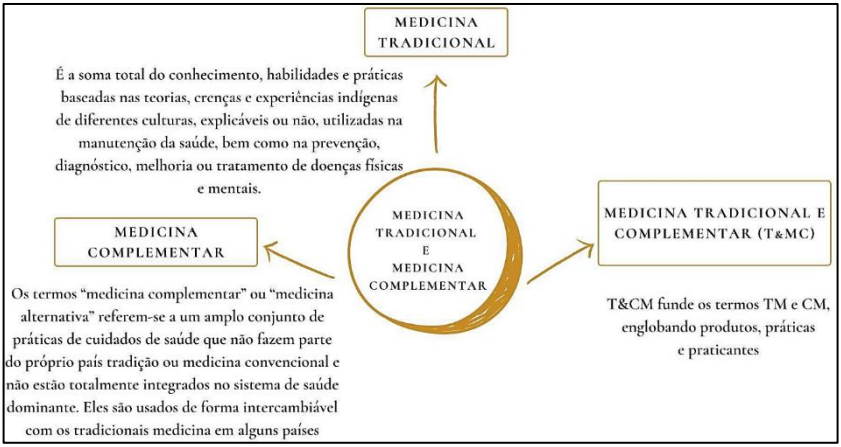
> 1) Morfologia humana (na biomedicina, anatomia), que define a estrutura e a forma de organização do corpo; 2) Dinâmica vital humana (na biomedicina, fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, suas origens ou causas; 3) Doutrina médica que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é a doença ou adoecimento, em suas origens ou causas, o que é passível de tratar ou curar (na biomedicina, o que pertence ou não à clínica); 4) Sistema de diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa, 5) Sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de

> intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela diagnose. (Luz, 1993, p. 23).

Assim, podemos observar que o objeto epistemológico das racionalidades médicas presentes do Manual das práticas integrativas e complementares (2006/2015) possui características de dupla integração entre ser humano e natureza como perspectivas de micro e macro universos quando propõe a inclusão de sistemas médicos que fogem do reducionismo habitual da medicina ocidental. As racionalidades médicas presentes nestes manuais são: Medicina Tradicional Chinesa (dando destaque para a Acupuntura), Medicina Antroposófica e Homeopatia.

Vale ressaltar que a política também inspira sua construção e sistematização a partir no documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002–2005". Destaco que a OMS lançou, em 2014, novo documento atualizando o anterior chamado "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014–2023", o qual se destina a fornecer informações, contexto, orientação tanto aos formuladores das políticas quanto gestores, especialistas em saúde pública, à comunidade e outras pessoas interessadas nas Medicinas Tradicionais e complementares, incluindo produtos práticas e profissionais.

Figura 1 – Tipos de Medicinas[2].



[2] Elaborado pela autora (2022).

As definições presentes no quadro acima, preveem a MT como a soma dos conhecimentos, teorias e crenças de diferentes culturas ou experiências indígenas do contexto no qual se deseja implementar. Já a Medicina complementar ou alternativa é caracterizada por cuidados de saúde que não fazem parte ou possuem relação de tradição com o país que a implementa, assim como outras práticas que compõem determinado sistema. Estas definições, quando comparadas às nomenclaturas utilizadas pela PNPIC no Brasil, apontam um equívoco na forma como a política detalha e define o que é Medicina Tradicional e Práticas complementares[3].

No documento da OMS (1978, p. 1), observa-se que "o termo medicina tradicional cobre uma ampla variedade de terapias e práticas, que pode variar muito de país para país e de região para região" e, dessa forma, o reconhecimento pela organização contribuiu para legitimar outras formas de cuidado em saúde à época. No entanto, as propostas que ganham este status são as que estão fora do ocidente ou localizadas ao sul global, associando-se também a regiões em desenvolvimento (Toniol, 2015).

Nessa perspectiva, podemos compreender que a Declaração da OMS (1978) situa a medicina tradicional como um importante componente de contribuição na saúde da população e configura um recorte geográfico de separação, no qual a oferta de tratamentos em saúde é escassa, as práticas são utilizadas como uma alternativa à biomedicina. Sobre isso, Toniol (2015, p. 74) destaca que:

> A medicina tradicional chinesa, por exemplo, quando utilizada na China é, para a OMS, um exemplo de medicina tradicional. Quando transladada para fora de sua "cultura de origem", contudo, é aplicada no Brasil ou nos Estados Unidos, por exemplo, ela se converte em medicina alternativa e complementar.

A Medicina Tradicional, na Política brasileira de 2006/2015 faz referência ao sistema médico chinês como o *tradicional*, especificamente evidenciando a Acupuntura, apesar da mesma ser apenas uma das ações que englobam a complexidade desta racionalidade. As experiências

[3] O termo Medicina Complementar não é utilizado em nenhuma das versões do manual para se referir a alguma prática de cuidado à saúde, sinalizando a questão evidenciada no referencial.

indígenas, tradicionais das epistemologias do Sul não são mencionadas como possibilidades terapêuticas no documento.

Luz (1993) destaca que as cisões que atingiram o sistema médico ocidental, não atingiram o sistema médico oriental no que tange às medicinas citadas acima no sentido do termo etimológico da palavra *medicina* como *a arte de curar*. Pondera que este continua sendo o elemento predominante dos seus conhecimentos e que a relação de cura para o restabelecimento da saúde fisiológica se mantém como o fundamento da atuação.

Se nos aproximarmos mais fundo destas discussões, passamos pelo desenvolvimento de noções de corpo/corporeidade que consideram unicamente a tradição filosófica ocidental, inspirada em modelos da antiguidade clássica grega, com influências modernas e eurocêntricas que ecoaram durante séculos - e ainda reverberam - em conceitos fisiológicos, misóginos e racistas, sinalizando distinções entre Medicina naturalista e Medicina científica, o que gera grandes impactos em outras áreas da saúde.

Husserl (1936/2012) apresenta a noção de corpo como condição para as experiências perceptivas e relação com a espacialidade. Missaggia (2017) descreve a concepção de corpo na teoria husserliana, apontando a perspectiva distinta de *Leib* e *Korper,* sendo o primeiro o corpo enquanto algo vivo e que envolve os aspectos psicológicos da consciência. Já *Korper* seria os aspectos físicos, as características objetivas de descrição do que é um corpo.

Embora exista esta distinção teórica, Missaggia (2017) em seu trabalho tece reflexões e alerta para as interpretações atribuídas aos conceitos de corpo na perspectiva Husserliana. Existem sensações que são próprias à dimensão fisiológica, que revelam os caminhos científicos de explicação objetiva do funcionamento do corpo. Por outro lado, os corpos adquirem características que os tornam distintos e que, enquanto *Leib* é vivenciado como particular, por meio de suas experiências em seus contextos culturais e filosóficos.

A corporeidade então, assumindo a forma em Leib, é compreendida como totalidade que acontece como consciência, como condição para existência que busca, por meio da cinestesia, a percepção e significação da relação com o mundo. Em 2022, o Professor Doutor Tadeu João Ribeiro Baptista realizou uma revisão narrativa no intuito de analisar as

concepções epistemológicas sobre corporeidade em livros e artigos desde o ano 2000, encontrando como resultados que "o conceito de corporeidade possui análises provenientes da fenomenologia, do materialismo dialético e do movimento pós-moderno, sendo a primeira, a mais recorrente" (p. 112).

Os destaques feitos acerca dos achados da pesquisa, revelaram que grande parte dos fundamentos acerca da corporeidade estão fundamentados na perspectiva de Merleau-Ponty tanto direta quanto indiretamente. Em análise pelo paradigma epistemológico, Baptista (2022) diz que:

> Uma porção significativa dos pesquisadores o adota em decorrência dos estudos de Merleau-Ponty, reconhecido filósofo desse paradigma. Inclusive é provável que a maioria dos estudiosos adote a corporeidade como referência devido à produção deste autor (p. 128).

Mesmo com a quantidade de materiais que utilizam Merleau-Ponty como referência nas temáticas sobre corpo, Baptista (2022) coloca em evidência que, o conceito de corporeidade é anterior a organização da fenomenologia moderna, evidenciando que os dados do estudo realizado por ele apontam para uma origem árabe e/ou cristã do termo, antes da popularização ou atribuição a Merleau-Ponty. Desta forma,

> Então, corporeidade (corporeitatis), é anterior à criação da Fenomenologia moderna, principalmente, ao se considerar a criação desta matriz epistemológica por Edmund Husserl (1859-1938) (p. 130).

Conforme os dados encontrados por Baptista (2022), há uma coexistência das múltiplas dimensões humanas que são junto à sociedade e à cultura. Se corporeidade é uma elaboração composta por relações com o mundo, há de se pensar no quanto o conceito é empregado de forma a reproduzir sua origem. Refletir acerca da dimensão epistemológica do conceito de corpo, é adentrar na pluralidade, criar ranhuras nos parâmetros ocidentais que carregam consigo compreensões e ações em uma lógica hegemônica.

Para avançar em direção a uma perspectiva decolonial, a fenomenologia pode se beneficiar das contribuições oferecidas pelo pensamento decolonial, que destaca a importância das dimensões sociais, políticas e

históricas na construção da subjetividade e do conhecimento, e chama atenção para a necessidade de uma reflexão crítica sobre a influência das dinâmicas coloniais na produção de conhecimento.

Assim, Nascimento *et al.* (2013) afirma que as Racionalidades Médicas operam com traços fundamentais que podem ser descritos como *paradigma vitalista,* ou seja, descentramento teórico acerca do monopólio do termo medicina no Brasil, na saúde e na busca pela harmonia da pessoa com o meio/contexto no qual está inserida. A valorização da subjetividade, a prevenção e a promoção de saúde no sentido de integralidade do cuidado que não se restringe apenas ao indivíduo, mas ao coletivo para a compreensão das circunstâncias do adoecimento e modos de produção de bem-estar.

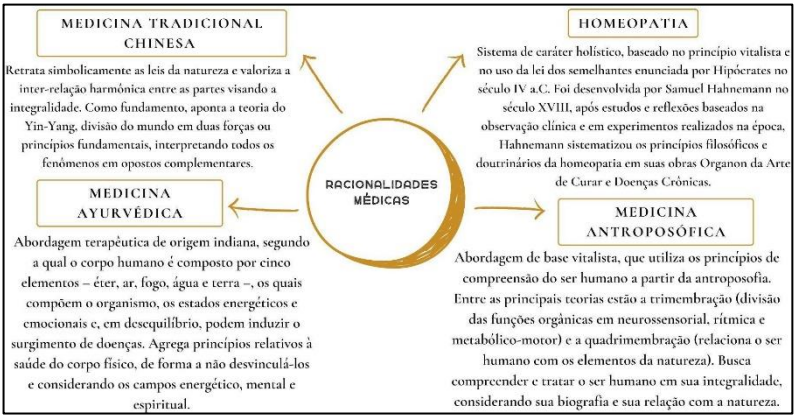
Esta dimensão nos coloca na contramão do paradigma de saúde ocidental, no qual há uma tendência para a sistematização e a consolidação de classificações e corporativismos biomédicos que performam o suposto saber e soluções sustentando projetos hegemônicos de combate aos "males". Isto não significa que na ação medicinas orientais e ocidentais possam ter condutas diferentes no que tange a diagnóstico e terapêuticas, afinal de contas apesar de epistemologias distintas em seus principais aspectos, nenhuma está isenta de uma lógica produtivista e ocidentalizada de execução para o atendimento de necessidades específicas desta realidade.

"O Manual de Serviço de Implantação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde" (2018) que será discutido mais à frente em seus pontos de sustentação para implantação, apresenta a inclusão de outras práticas e de uma nova Racionalidade, sancionada pela portaria nº 849, de 27 de março de 2017: A Medicina Ayurvédica. A seguir, faço uma organização e apresento na Figura 2 as Racionalidades Médicas presentes nos documentos de 2006/2015 e 2018.

Examinando o "Manual das Práticas Integrativas e Complementares no SUS - Atitude de ampliação e acesso" (versão 2006 e 2015) destacam-se na escrita do texto e dos gráficos disponíveis nos documentos, menções às práticas complementares descritas de maneira separada das Racionalidades Médicas. Para compreender esta percepção inicial, é necessário retomar a primeira vez que a palavra complementar teve sua inserção em documentos do Ministério da Saúde, referindo-se às práticas não hegemônicas, no documento oriundo da 12ª Conferência Nacional de

Saúde (2003), no qual se discutiu o papel da medicina natural e práticas complementares para implementação formal de experiências já desenvolvidas na rede pública na época, principalmente no âmbito da MTC/Acupuntura, homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica no intuito de garantir a integralidade na atenção à saúde (Brasil, 2005).

Figura 2 – Racionalidades Médicas[4].



A seguir, discutirei e apresentarei as práticas complementares e suas distinções evidenciadas na Política Pública.

PRÁTICAS COMPLEMENTARES.

Conforme a linha de discussão dos elementos que sustentam a PNPIC, abordarei agora a categoria práticas complementares que são mencionadas nos documentos de forma distinta das Racionalidades Médicas, apesar destas práticas estarem inseridas nas mesmas. A primeira vez que a palavra complementar foi mencionada oficialmente neste contexto da saúde foi em 2003, quando se movimentou a constituição do Grupo de trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo inicial de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMPC) (BRASIL, 2006).

Nessa época, ainda com os dados de relatórios e conferências

[4] Elaborado pela autora (2022).

baseados em atendimentos e cuidados que já eram realizados por profissionais da área da saúde. Na portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, são mencionadas Práticas Corporais: lian gong, chi gong, tui na, tai-chi-chuan; Práticas Mentais: meditação; orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais: fitoterapia tradicional chinesa. Estas são mencionadas e delimitadas dentro do escopo da Medicina Tradicional Chinesa. Contudo, ao passar a leitura para o Manual da Política nas versões de 2006 e 2015 é possível encontrar outras práticas complementares que fazem parte – mesmo que não sinalizadas – da MTC ou de uma racionalidade diferente.

A indicação de práticas complementares é evidenciada nos dois manuais, no capítulo 3, que versa sobre o Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que aponta, no Gráfico 3 da publicação, a distribuição de modalidades de Práticas nos estados e municípios brasileiros. Examinando esse trecho, é possível perceber que, além das terapêuticas mencionadas na Portaria e no Glossário de Práticas, que será descrito mais adiante, o Diagnóstico indica: Reiki, Shiatsu, Yoga e Shantala (Brasil, 2006, 2015).

Apesar de Fitoterapia e Acupuntura estarem desde o início da consolidação da PNPIC, pelas suas características terapêuticas, podem ser associadas a uma ou mais Racionalidades, dessa forma, são consideradas práticas complementares. Apesar de não serem identificadas dessa forma nos documentos, conforme definição na seção sobre as Racionalidade Médicas, ambas são terapêuticas inseridas em sistemas complexos.

Reiki, meditação, Shantala, Yoga são práticas que não constam na Portaria de aprovação da Política em 2006, mas são inseridas no Manual do mesmo ano — mais tarde, algumas destas práticas complementares, estarão inseridas na *Medicina Ayurvédica*. Esta Racionalidade entra oficialmente na PNPIC, juntamente com outras práticas complementares na portaria nº 849 de 27 de março de 2017.

Complementar/Alternativa não são palavras escolhidas ao acaso. Por mais que não haja, na literatura, algo específico acerca das aproximações com a ideia de Humanidades Médicas (que se dirigem a disciplinas na educação médica), é interessante perceber que, a escolha destas palavras ganha um sentido de suporte à prática médica ou àquelas que mais se aproximam da cosmovisão ocidental hegemônica, inclusive no que tange às tecnologias e instrumentos utilizados para execução dos cuidados

como: agulhas, lasers, manipulação de insumos vegetais e animais, entre outras.

Apesar das Humanidades Médicas terem aproximações com as Ciências Humanas e Sociais, chama a atenção que seja *medicina* a nomenclatura escolhida para compor o relatório da CNS (Brasil, 2003), quando da oferta de práticas que acompanham outros saberes que envolvam ciências do comportamento, sociologia, história e antropologia, artes, filosofia, educação, linguística, ciências do espírito, bioética (Toniol, 2015; Rios, 2016).

Sobre esta questão, é válido ressaltar que a consolidação de um sistema capitalista, a produção de novos conhecimentos e a criação de áreas especializadas provocou mudanças nas orientações e divisões de trabalho, promovendo o surgimento de ocupações que acabaram requerendo para si o domínio e monopólio de conhecimentos. Não ocorreu de forma diferente com a medicina. Em se tratando de medicina ocidental, a abordagem teórica e experimental adotada se refere à postulação de leis gerais, causalidade e pressupostos fragmentados do funcionamento biológico humano que possuem máxima ligação com a quantidade de especialidades e ofertas de serviços (Machado, 1997; Camargo Júnior, 2012).

Nestes entrelaçamentos, faço um breve destaque ao debate em torno do conhecimento em saúde em seu desenvolvimento empírico e científico relevante para solidificar as ofertas de serviços no mundo do trabalho. Assim,

> [...] De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado). Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. (Machado, 1997, p. 22).

Esta acepção trata-se de uma perspectiva sociológica que contribui para analisarmos o poder *versus* autonomia tão presentes nos modelos de saúde sustentados pela medicina ocidental e, mais especificamente,

no Brasil. As dicotomias que vão se desdobrando desde as origens, tornam-se mais evidentes no modo de compreender a saúde, seus espaços de validação e o desenvolvimento de um mercado corporativo e exclusivo. De todo modo, no Brasil, o termo Medicina possui longo histórico de monopólio, que versa acerca da consolidação da prática enquanto profissão. Este domínio acaba por manter serviços altamente especializados, buscas por acordos comerciais fechados e limitados, além do poder de definição do que é saúde, doença e outros critérios que contribuam para discutir práticas e condutas de tratamento.

Para Toniol (2015), a substituição do termo para *práticas* na PNPIC é um recurso para evitar a categoria *medicina,* acerca da qual o domínio e monopólio dos "médicos" é reiteradamente assegurado pelo Estado. Reconhecer as terapias como "prática" e não como "Medicina", teve um valioso efeito para a aprovação e legitimação da PNPIC, situando-a, ao menos no que se refere à nominação — o que, como vimos, não é pouco — fora dos marcos que regulam a medicina no Brasil. A mudança de nome, de "medicina natural" para "práticas integrativas e complementares" foi essencial para que a PNPIC adquirisse a capacidade de produzir suas próprias regulações sobre as terapias alternativas/complementares sem que as práticas fossem denunciadas por apropriação dos termos da medicina.

O Manual de 2018, apesar de ser um documento oficial de orientação para Implantação de serviços, possui a lista de Racionalidades e práticas complementares atualizadas até a última portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Outro ponto importante a ser evidenciado é que em 21 março de 2018 foi publicada no Diário Oficial a Portaria nº 702 com atualização de mais dez práticas inseridas na Política, porém as mesmas não constam em nenhum dos Manuais disponíveis no Ministério da Saúde até o presente momento.

Lembremos que como parte da consolidação e continuidade da implantação das diretrizes do SUS, o documento inicial que consta como MNPC compõe cuidados que contemplem as ações de outros profissionais do serviço de saúde, no entanto, a hegemonia que carrega a nomenclatura *medicina*, no Brasil parece entrar em choque com a proposta da política em seu texto, que se direciona para outro significado do termo, aquele de origem, que ultrapassa os direitos de propriedade intelectual de tecnologias, medicamentos e tratamentos.

A implantação das PICs no SUS levanta questionamentos que são frequentemente abordados, seja na mídia ou por parte de profissionais de outras áreas que desconhecem o sistema de custeio na área da saúde. No entanto, existem regras de financiamento e transferência de recursos federais sob a Portaria Ministerial nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, definindo que o repasse fundo a fundo seja realizado respeitando a organização de dois blocos de financiamento, custeio e investimento, com apenas uma conta financeira vinculada a cada bloco (Brasil, 2018).

As estratégias de expansão dos serviços em saúde e a continuidade das diretrizes fundamentais do SUS dependem de diversos fatores, entre eles, as formações em PICs e o diálogo com comunidades tradicionais do sul global que produzem saberes ancestrais em saúde, investimento na incorporação de disciplinas nas formações de graduação e pós-graduação para o conhecimento e reconhecimento saberes do contexto brasileiro. Estes são desafios que precisam de constante reflexão e ação. As práticas, conforme discutidas neste artigo, possuem diversas perspectivas de saúde e visão de ser humano que demanda aprofundamento teórico-filosófico e prático, bem como reflexões acerca do que é e como são disponibilizados no texto como ação complementar em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A contribuição de uma visão integrativa em saúde abre caminhos para desvelar alguns significados das experiências humanas dentro de um contexto mais amplo, como fenômeno intersubjetivo, evidenciando aspectos culturais, políticos, espirituais e ecológicos compostos também pela dimensão biológica. No contexto global, sabemos que esta visão, assim como as práticas de cuidado que priorizem a crítica ao modelo de saúde hegemônico e a complexidade política e social existem na teoria e na prática são acessíveis e oferecidos a poucos ou vendidas dentro de um sistema de meios de comunicação e redes sociais nos quais o alcance da felicidade se dá por meio de serviços privados que vão compondo uma indústria da cura.

Sendo assim, se há um limite para o acesso, ou a própria política oferta a possibilidade de inserção de práticas que também se distanciam das realidades dos profissionais que poderiam executá-las, temos um distanciamento do conceito central e da ideia inicial da proposta que é a

dimensão holística em saúde. Aqui é importante destacar que o conceito holístico presente nas práticas e sua caracterização enquanto política pública, associa-se como a palavra integrativo que faz referência ao princípio da *integralidade* do SUS, de modo a encontrar legitimidade e corroborar os termos de oferta de serviços na saúde pública, nos quais as terapêuticas seriam aliadas em conhecimento tradicional e científico.

A diversidade de saberes é caminho de potência para saúde e pode contribuir para o avanço nas terapêuticas, desde que alinhadas com as necessidades de quem busca atendimentos, conhecimento de quem oferece as práticas da filosofia que orienta a conduta da racionalidade médica e a relação com quem se atende. Todavia, destaco que esta diversidade é seletiva, já que, apesar de estarem previstas em uma política pública, ainda necessita de desenvolvimento que não se esgota na implantação, mas inicia no contato e na participação social para tomada decisões, formações em saúde quanto a modelos de cuidado que não apenas o da medicina ocidental.

Por fim, acredito que esta pesquisa se abre para outros estudos e aprofundamentos, seja enquanto políticas públicas, quais práticas realmente estão alinhadas com a proposta, até a investigação dos serviços ofertados no cotidiano da Atenção Básica à Saúde e suas formas de formação, capacitação e recursos disponibilizados. Compreendo que os questionamentos que surgiram ao longo deste tempo também me abrem possibilidades de seguir o caminho enquanto pesquisadora, professora e Gestalt-terapeuta, na busca por reflexões e ações no campo da saúde, testando as pontes entre as diversas formas do saber. Entendo que a fenomenologia, se considerada em território brasileiro a partir da suspensão de pressupostos descolados de suas realidades culturais, sociais, econômicas etc., pode abrir mais espaço para a construção e continuidade de perspectivas teóricas decoloniais de ciência e saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, João Paulo Lima. **Melhor tese do país é de indígena do Rio Negro**: "sou fruto de uma luta coletiva". Entrevista concedida à Ana Amélia Hamdan, jornalista do Instituto Socioambiental, 25 ago. 2022. Disponível em: < https://www.socioambiental.org/noticias-socioambientais/melhor-tese-do-pais-e-de-indigena-do-rio-negro-sou-

fruto-de-uma-luta >.
BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; CAPELLETTI, Isabel Franchi (org.). **Fenomenologia: uma visão abrangente da educação**. São Paulo: Olho d'água, 1999.
BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. 2011. Disponível em: < http://www.maria-bicudo.com.br/resources/CAPITULOS_DE_LIVROS/A%20pesquisa%20qualitativa%20olhada%20para%20al%C3%A9m%20dos%20procedimentos.pdf >.
BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca, 12., 2003, Brasília, DF, 7-11 dez. 2003. (Relatório final). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_12.pdf >.
BRASIL. **Constituição Federal de 1988** (Artigos 196 a 200). Conselho Nacional de Saúde, Seção II. SAÚDE. Art. 196. Brasília, 1988. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anos-sus/legislacao/constituicaofederal.pdf. >.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf >.
BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. >.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf. >.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília, 2013. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto. >.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC**: resumo executivo. Brasília, fev. 2005. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf. >.
BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. >
BRASIL. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília- DF. 2006. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html. >.
BRASIL. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília- DF, 2006. Disponível em: < https://www.cff.org.br/userfiles/38%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE_%20Portaria%20n%C2%BA%20971, %20de%2003%20de%20maio%20de%202006_.pdf >.
BRASIL. Portaria N. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, Seção 1, 2018. Disponível em: < https://drive.google.com/drive/folders/19HB2WnS8H1tPhcWNQRSJhIkKmoRA9KI0. >.
BRASIL. Recomendação n. 041, de 21 de maio de 2020. Recomenda ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a

pandemia da Covid-19. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde,** Brasília, 2020. Disponível em: < Conselho Nacional de Saúde - RECOMENDAÇÃO Nº 041, DE 21 DE MAIO DE 2020. >.
BRASIL. Recomendação n. 070, de 18 de novembro de 2020. Recomenda a inclusão das ações da PNPIC e da PNEPS-SUS nas metas realizadas em 2020 a serem apresentadas no RAG/MS-2020 e outras providências. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde,** Brasília, 2020. Disponível em: < Conselho Nacional de Saúde - RECOMENDAÇÃO Nº 070, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2020. >.
CABRAL, Alexandre Marques. Para além da iniquidade: por uma ecofenomenologia decolonial. *In*: TRZAN, Alexandre; MATTAR, Cristine. **Psicologia, Fenomenologia e Questões Decoloniais**: Interseções. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.
CABRAL, Alexandre Marques; CASANOVA, Marco Antônio. Podem Invisíveis Aparecer? *In*: TRZAN, Alexandre; MATTAR, Cristine. **Psicologia, Fenomenologia e Questões Decoloniais**: Interseções. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.
CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. A medicina ocidental contemporânea. *In*: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2012. p. 49–71. (Série Clássicos para Integralidade em Saúde). Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2736. >.
CLINI, Maíra Mendes. Por uma fenomenologia antropofágica brasileira: decolonialidade e clínica. *In*: TRZAN, Alexandre; MATTAR, Cristine. **Psicologia, Fenomenologia e Questões Decoloniais**: Interseções. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.
DINIZ, Caetano da Providência Santos; PIMENTEL, Adelma do Socorro Gonçalves. Uma proposta metodológica para Análise do Discurso baseada na hermenêutica de Paul Ricoeur. **Psicol. pesq**., Juiz de Fora, v. 16, n.1, jan./abr. 2022. DOI http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.29928
DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR).
HUSSERL, E. **A crise das ciências europeias e a fenomenologia**

transcendental. 1. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1936/2012.
JOSGRILBERG, Rui. Que é hermenêutica? **Revista Internacional d'Humanitats**, v. 39, jan./abr. 2017. Disponível em: < http://www.hottopos.com/rih39/75-86Rui1F.pdf. >.
MALDONADO-TORRES, Nelson. Frantz Fanon and the decolonial turn in psychology: From modern/colonial methods to the decolonial attitude. **South African Journal of Psychology**, 47(4), 432-441, 2017.
MISSAGGIA, J. O conceito husserliano de corpo: sua dualidade e função nas experiências perceptivas. **Problemata: R. Intern**. **Fil**., v. 8. n. 3, p. 196-208, 2017.
PEREIRA, José Honorato. Leib e corpo próprio – um diálogo entre a fenomenologia de Husserl e a antropologia de Henrique de Lima Vaz. Annales FAJE, Belo Horizonte-MG, v. 5, n. 2 (2020). Disponível em: < https://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/annales/article/view/4580 >.
PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui**., v. 114, 2001. DOI https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008
PIMENTEL, Adelma do Socorro. Pesquisa qualitativa da violência psicológica: um instrumento de análise da linguagem. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2013. DOI 10.4013/ctc.2013.61.0
PIMENTEL, Adelma do Socorro. Clínica do reconhecimento inter-humano para a redução do sofrimento psicológico na pós-graduação. **VI Escola de Verão do PPGCET/PPGQ**, mar. 2022. Disponível em: < https://www.youtube.com/watch?v=zVd5wJBQy1A >.
PIMENTEL, Adelma do Socorro. **Itinerário para análise hermenêutica de documentos**. 2023. No prelo
POPPER, Karl. Raimmund. (1980). Conjecturas e Refutações. Editora da UnB.
REHFELD. Ari. Fenomenologia e Gestalt-terapia. *In*: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU. Karina Okajima. **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus Editorial, 2016. p. 24-33.
RICOEUR, P. **Soi-même comme un autre**. Paris: Éditions Du Seuil, 1990.
SANTOS, Gustavo Alvarenga Oliveira. Psicología Fenomenológico-

Existencial y Pensamiento Decolonial: un diálogo necesario. **Revista do NUFEN**, Belém, 9(3), 93-109, 2017.
SILVEIRA, Roberta de Pinho; ROCHA, Cristianne Maria Farmer. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde (publicado em 2020 na revista Saúde e Sociedade [online]. v. 29, n. 1). Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g4mVXGJ8hC8VJJGptmdH5Sg/?lang=pt >.
TONIOL, Rodrigo Ferreira. **Do espírito na saúde**: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2015.
TRZAN, Alexandre; MATTAR, Cristine. **Psicologia, Fenomenologia e questões decoloniais:** Interseções. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022. v. 1.
WALSH, Catherine. Interculturalidade e decolonialidade do poder: um pensamento e posicionamento "outro" a partir da diferença colonial. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas**, v. 5, n. 1, 2019. Disponível em: < https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/15002 >.

Quem escuta o corpo negro?: por uma psicanálise preta e aquilombada a partir do poema "Corpo em revolução"

Camila de Freitas Moraes Garcia

APRESENTAÇÃO: A ESCUTA COMO ATO POLÍTICO.

A reflexão aqui proposta parte da análise de um poema de minha autoria, intitulado “Corpo em Revolução”, no qual elaboro, em linguagem poética, os lugares em que meu corpo negro é simbolizado, as lacunas da escuta e a dor que se instaura na experiência de existir em uma sociedade atravessada pelo racismo. A escolha de partir da poesia não constitui recurso meramente ilustrativo, mas opção epistemológica onde a palavra poética, assume tal como a associação livre na clínica, o acessar as camadas de sentido que escapam ao discurso conceitual, despontando de que modo o racismo se inscreve no corpo antes mesmo de se tornar um enunciado consciente. Ao articular poesia e psicanálise, pretende-se explicitar aqui, que a produção teórica desenvolvida não emerge de um lugar de exterioridade em relação ao objeto discutido, mas de uma implicação subjetiva e política com a experiência da minha própria negritude.

O objetivo deste texto é discutir, a partir de referenciais da psicanálise, dos estudos decoloniais e do pensamento negro brasileiro, os limites do universalismo branco na tradição psicanalítica e propor os fundamentos de uma escuta clínica capaz de reconhecer o racismo como dimensão estruturante da subjetividade. Para tanto, o texto percorre contribuições de Sigmund Freud (1912; 1930), Franz Fanon (1979; 2008), Achille Mbembe (2018), Silvio Almeida (2019), Isildinha Nogueira (1998) e Oracy Nogueira (1954/2006), Grada Kilomba (2019), Maria Aparecida Silva Bento (2002), Lia Vainer Schucman (2014), Lélia Gonzalez (1984, 1988) e Neusa Santos Souza (1983), buscando construir, ao final, os contornos daquilo que aqui se nomeia psicanálise preta e aquilombada.

CORPO EM REVOLUÇÃO

É difícil existir
com a carne da história rasgada,
fratura exposta que pulsa
no corpo atravessado pela necropolítica,
onde viver já é insubordinação.
Chamam meu diploma de liberdade,
mas o atlas da violência insiste:
há quem seja feito para brilhar
e há quem seja marcado para morrer.
E eu sei,
sou o corpo que eles miram.
Não suportam minha ascensão,
porque minha existência desloca o eixo.
Não querem minha coroa,
querem meu apagamento,
limpo, rápido, justificável.
Mas eu não cedo.
Eu insisto como território que resiste,
como raiz que rompe o concreto,
como voz que retorna mesmo depois
de séculos de silenciamento.
Eu ouso existir fora da sentença.
E a branquitude terá que encarar
minha presença irredutível.
Psicanalista,
mulher,
negra,
potência em carne viva.
Recuso o destino das que enlouquecem sozinhas.
Caminho com Eros e com meus ancestrais.
Faço do divã território insurgente.
Descolonizo o escutar
para contra-colonizar a existência.
Onde quiseram silêncio,
eu me faço palavra.
Onde quiseram morte,
eu insistentemente faço vida.

DA POESIA AO CONCEITO: O CORPO NEGRO NA INSCRIÇÃO CLÍNICA

O poema aqui apresentado opera como dispositivo de leitura do sofrimento psíquico, evidenciando que aquilo que frequentemente comparece na clínica como sintoma também pode ser compreendido como efeito de uma história social que marca, produz e atravessa os corpos racializados. Já no primeiro verso, "é difícil existir com a carne da história rasgada", o poema anuncia que a existência negra se dá sob o signo de uma ferida que não é individual, mas transgeracional, corporificada e histórica. A imagem da "fratura exposta que pulsa no corpo atravessado pela necropolítica" antecipa, em linguagem poética, o conceito que Mbembe (2018) a posteriori, desenvolverá teoricamente acerca da existência de regimes diferenciados de gestão da vida e da morte que incidem de modo desigual sobre corpos os corpos negros.

Mais adiante, o verso "recuso o destino das que enlouquecem sozinhas" dialoga diretamente com a crítica que este texto pretende sustentar: a de que a loucura, quando lida fora de seu contexto histórico e racial, pode se tornar um destino silencioso e individualizante para mulheres negras cujo sofrimento não encontra escuta legítima. Em contraposição a esse destino, o eu lírico anuncia "caminho com Eros e com meus ancestrais", indicando que a via da vida psíquica, tal como Freud (1930) viria a nomear em sua discussão sobre as pulsões de vida e pulsões de morte, encontra-se aqui reconfigurada: Eros não é apenas pulsão de ligação individual, mas também vínculo com a ancestralidade, com uma comunidade de sentido que antecede e sustenta o sujeito. Por fim, ao afirmar "faço do divã território insurgente", o poema anuncia a possibilidade de uma clínica psicanalítica que não neutralize, mas reconheça e trabalhe a partir da dimensão política da existência negra.

O verso "psicanalista, mulher, negra, potência em carne viva" sintetiza, em quatro palavras justapostas sem hierarquia sintática, a proposta interseccional que este artigo pretende sustentar teoricamente, que versa que, não há possibilidade de dissociar a prática clínica de quem a exerce das marcas de gênero e raça que constituem sua subjetividade. Tal justaposição recusa a lógica da neutralidade profissional, para afirmar, ao contrário, que o lugar de enunciação do analista, sua raça, seu gênero,

sua história, integra necessariamente o dispositivo da escuta, ainda que a tradição técnica da psicanálise tenha historicamente insistido em apagá-lo.

Nessa perspectiva, a máxima freudiana de escutar o sujeito em sua singularidade, embora permaneça fundamental à ética da psicanálise, encontra importantes tensionamentos quando confrontada com a experiência histórica da população negra brasileira, o que impõe a necessidade de revisitar criticamente os próprios fundamentos técnicos e epistemológicos da escuta analítica.

O UNIVERSALISMO BRANCO NA TRADIÇÃO PSICANALÍTICA.

Embora Freud (1912) tenha apreendido que a psicanálise deveria sustentar uma escuta do singular, sem se submeter às hierarquias de classe, raça ou permanecer restrita ao saber médico, sua institucionalização em um país de história colonial como o Brasil ocorreu sob condições históricas, sociais e políticas distintas. Nesse contexto, a psicanálise foi amplamente apropriada por setores das elites intelectuais e passou a reproduzir, em muitos momentos, valores eurocêntricos, raciais e de classe, distanciando-se de sua proposta original de escuta do sujeito. Diante disso, torna-se inevitável questionar: em que momento nos afastamos dos ensinamentos freudianos? Esse deslocamento contribui para compreender por que a tradição psicanalítica brasileira foi constituída, em grande medida, a partir de referenciais universalizantes que tomam a experiência branca, europeia e burguesa como parâmetro implícito de humanidade, relegando à invisibilidade outras formas de existência, sofrimento e produção de subjetividade. Assim, os limites encontrados na prática psicanalítica não decorrem exclusivamente da teoria freudiana, mas também das condições históricas, coloniais e institucionais que marcaram sua recepção, difusão e desenvolvimento no Brasil.

Em "*Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*", Freud (1912) propõe que o analista mantenha uma atenção flutuante diante de tudo o que é dito, suspendendo julgamentos prévios e evitando privilegiar, antecipadamente, determinados conteúdos em detrimento de outros, uma vez que esse princípio técnico, fundamental para a escuta do inconsciente, pressupõe uma postura de abertura e disponibilidade diante da fala do analisando. Entretanto, essa formulação foi elaborada em

um contexto histórico no qual as determinações raciais não ocupavam um lugar central na compreensão do sofrimento psíquico. Assim, quando esse princípio é transposto, sem uma mediação crítica, para sociedades marcadas pelo racismo estrutural, como a brasileira, a neutralidade deixa de funcionar apenas como um recurso técnico e pode converter-se em um mecanismo de invisibilização, pois, ao evitar reconhecer as marcas do racismo na experiência do sujeito, o analista corre o risco de silenciar justamente um dos elementos que organizam seu sofrimento psíquico. Desse modo, aquilo que se apresenta como neutralidade técnica transforma-se em uma falsa universalidade, incapaz de apreender as determinações históricas, sociais e raciais que atravessam a constituição da subjetividade e comprometem a própria ética da escuta psicanalítica.

Assim, muitos analistas, ainda que comprometidos com a ética da escuta, sustentam sua prática sob a lógica de uma neutralidade supostamente universal que, na realidade, encontra-se atravessada pelos efeitos da branquitude. Esse universalismo branco opera como norma silenciosa, definindo quais experiências podem ser reconhecidas como legítimas e quais permanecem relegadas às margens da escuta clínica. Ao tomar a subjetividade branca, europeia e classista como modelo implícito de psiquismo humano, a tradição psicanalítica hegemônica tende a interpretar as manifestações da experiência negra a partir de categorias que não foram construídas para dar conta de sua especificidade histórica, produzindo, com isso, formas sutis, porém eficazes, de apagamento epistêmico e racial.

Nesse contexto, o sofrimento psíquico decorrente do racismo tende a ser reduzido a explicações intrapsíquicas clássicas ou interpretado exclusivamente a partir de conflitos individuais, edípicos ou fantasmáticos, desvinculados de sua ancoragem histórica, racial e social. Logo, quando a violência racial não é reconhecida como elemento estruturante da subjetividade, ela passa a ser compreendida como fantasia, projeção ou percepção distorcida da realidade, deslocando para o campo intrapsíquico aquilo que possui determinação social manifesta. Tal operação produz consequências clínicas e políticas significativas, uma vez que reinscreve, no espaço analítico, os mesmos mecanismos de silenciamento já impostos socialmente aos sujeitos racializados, fazendo da própria clínica um espaço de repetição, e não de elaboração, da violência racial.

Ainda sob essa perspectiva, a obra de Frantz Fanon (2008) oferece um aporte crucial para pensar os efeitos psíquicos do racismo. Em "*Pele Negra, Máscaras Brancas*", o referido autor, descreve a experiência de tornar-se objeto do olhar branco, momento em que o sujeito negro deixa de habitar seu próprio esquema corporal para ser subitamente convocado a existir a partir de um esquema epidérmico racial imposto de fora. A cena narrada pelo autor, em que uma criança branca aponta e exclama ao vê-lo, ilustra o modo abrupto e violento pelo qual a alteridade racial é imposta ao sujeito negro, que se vê, a partir de então, obrigado a existir ao mesmo tempo para si e para o olhar alheio que o fixa, o mede e o reduz a estereótipo.

Essa experiência, que Fanon (2008) descreve como uma espécie de terceira pessoa imposta ao corpo negro, tem implicações diretas para a clínica psicanalítica, pois se a constituição do eu depende, como sustenta a psicanálise, do reconhecimento de um outro, o que ocorre quando esse reconhecimento é sistematicamente negado ou substituído por projeções depreciativas? Fanon (2008) argumenta que o racismo produz uma alienação específica, na qual o sujeito negro é impelido a introjetar a imagem negativa que a cultura branca projeta sobre ele, gerando um conflito psíquico que não pode ser de todo compreendido pelas categorias clássicas do complexo edipiano, forjadas em outro contexto histórico e cultural.

Já, em "*Os Condenados da Terra*", Fanon (1979) desloca a análise para o plano político e coletivo, discutindo os efeitos psicopatológicos da violência colonial sobre populações colonizadas. O autor descreve quadros clínicos de sujeitos, tanto colonizados quanto colonizadores, cuja vida psíquica encontra-se profundamente marcada pela violência estrutural do sistema colonial, sustentando que não é possível compreender determinados sofrimentos psíquicos sem considerar as condições históricas e políticas de opressão em que emergem, logo, essa perspectiva reforça a proposta central deste artigo, a de que o racismo não pode ser tratado, na clínica, como conteúdo eventual, mas como estrutura que atravessa e configura a própria constituição do sujeito.

Dando prosseguimento às discussões anteriormente apresentadas, é nesse sentido que a necropolítica e a gestão diferencial da vida e da morte podem ser compreendidas também a partir do sofrimento psíquico vivenciado pelos corpos racializados. Se o racismo define quem pode viver

com dignidade e quem será continuamente exposto à violência, à precarização e à morte social, é porque os seus efeitos ultrapassam a dimensão material e inscrevem-se na constituição da subjetividade. Nesse cenário, reitera-se que, a não escuta do analista diante das experiências dos corpos negros pode contribuir para a reprodução dessas violências, na medida em que invisibiliza os determinantes históricos e sociais que organizam o sofrimento do sujeito.

Para tanto, o conceito de necropolítica, desenvolvido por Achille Mbembe (2018), amplia a reflexão foucaultiana sobre biopoder ao evidenciar que o poder contemporâneo não se limita a fazer viver e deixar morrer, mas exerce também, de forma direta ou indireta, o direito de matar sobre determinadas populações. Segundo o autor, certos corpos são histórica e sistematicamente relegados a zonas de morte social e física, nas quais a proteção jurídica e simbólica da vida encontra-se suspensa ou fragilizada. O corpo negro, nessa perspectiva, ocupa lugar paradigmático nessas zonas, uma vez que sua existência é marcada por elevada exposição a violências institucionais, policiais e sociais, ao mesmo tempo em que sua morte é frequentemente naturalizada ou justificada pelo próprio aparato discursivo que a produz.

No poema "*Corpo em Revolução*", essa dimensão emerge quando existir é enunciado como ato de insubordinação: "onde viver já é insubordinação". Tal formulação poética condensa, em uma única imagem, a lógica necropolítica descrita por Mbembe (2018), segundo a qual a mera sobrevivência de determinados corpos já representa, para a ordem social vigente, uma forma de resistência. Ao afirmar que "há quem seja feito para brilhar e há quem seja marcado para morrer", o poema explicita a distribuição desigual das chances de vida, tornando em linguagem poética, aquilo que a necropolítica descreve em termos conceituais.

Do ponto de vista clínico, reconhecer a necropolítica como pano de fundo da experiência do sujeito negro implica compreender que determinados afetos, como a hipervigilância, o medo constante de violência ou a antecipação ansiosa da própria morte, não podem ser lidos exclusivamente como sintomas de ordem intrapsíquica, mas como respostas adaptativas e historicamente fundamentadas a uma realidade de exposição desigual ao risco. A clínica que ignora essa dimensão corre o risco de patologizar reações legítimas diante de uma violência estrutural real,

produzindo diagnósticos que desconsideram a determinação social do sofrimento. (Garcia, Ribeiro e Madeiro, 2025).

Da mesma forma, o conceito de racismo estrutural, permite compreender que as experiências de violência racial não constituem exceções ou desvios pontuais de um sistema social por outro lado justo, mas expressam o funcionamento regular de uma estrutura que produz desigualdades e sofrimento de forma sistemática e continuada. Segundo Almeida (2019), o racismo não se reduz a atos individuais de preconceito, tampouco a uma disfunção institucional isolada, mas configura-se como processo histórico e político que organiza as próprias relações econômicas, jurídicas e sociais, determinando, de modo estrutural, o acesso desigual a bens, direitos e reconhecimento simbólico.

Essa concepção possui implicações diretas para a clínica: se o racismo é estrutural, ele não pode ser tratado, no espaço terapêutico, como tema pontual a ser abordado somente quando explicitamente mencionado pelo paciente, mas deve ser considerado condição permanente e transversal da experiência de sujeitos racializados, ainda que nem sempre verbalizada de forma direta. Assim, aquilo que frequentemente aparece na sessão como dor individual, seja em forma de ansiedade, adoecimento psicossomático, dificuldades relacionais ou baixa autoestima, revela-se, muitas vezes, manifestação singular de uma violência coletiva historicamente sedimentada, que atravessa gerações e se reatualiza em diferentes contextos da vida cotidiana.

Essa discussão torna-se ainda mais complexa quando situada no contexto brasileiro, marcado pelo que Oracy Nogueira (1954/2006) denominou preconceito de marca. Diferentemente do preconceito de origem, predominante em formações sociais como a estadunidense, no qual a ascendência racial é o critério determinante independentemente da aparência física, o racismo brasileiro opera sobretudo pela visibilidade fenotípica, incidindo com maior intensidade sobre corpos cujos traços físicos, como a cor da pele, a textura do cabelo e o formato do nariz e dos lábios, denunciam a ascendência africana ou indígena. Quanto mais evidentes essas marcas, maior tende a ser a exposição às violências raciais, o que produz, no contexto brasileiro, uma hierarquia de tonalidades que afeta de forma diferenciada até mesmo sujeitos que se autodeclaram pertencentes a um mesmo grupo racial.

Tal dinâmica articula-se diretamente ao mito da democracia racial, ideologia amplamente difundida no Brasil ao longo do século XX, que sustenta a ideia de uma convivência harmoniosa e miscigenada entre diferentes grupos raciais, obscurecendo as estruturas de dominação existentes e dificultando a nomeação do sofrimento por elas produzido. Esse mito opera, na prática, como mecanismo ideológico de ocultamento: ao proclamar a inexistência do racismo enquanto problema social relevante, ele desloca para o indivíduo negro a responsabilidade por eventuais fracassos ou sofrimentos, sob a justificativa de que, em uma sociedade supostamente sem barreiras raciais, tais dificuldades só poderiam ser explicadas por características pessoais.

No campo clínico, os efeitos desse mito são particularmente relevantes. A constante negação do racismo pode levar o sujeito a questionar a legitimidade de sua própria experiência, produzindo processos de alienação que Kilomba (2019) descreve como marcas do racismo cotidiano. Diante da reiterada mensagem social de que o racismo não existiria no Brasil, muitos sujeitos negros desenvolvem um movimento de dúvida sistemática sobre suas próprias percepções, questionando-se se determinada situação de discriminação de fato ocorreu ou se tratou de sensibilidade excessiva. Esse fenômeno tem efeitos psíquicos profundos, na medida em que fragiliza a confiança do sujeito em sua própria capacidade de leitura da realidade.

Grada Kilomba, em Memórias da Plantação, desenvolve uma análise minuciosa dos mecanismos pelos quais o racismo cotidiano opera na vida de mulheres negras na diáspora. Kilomba (2019) descreve cenas nas quais o sujeito negro é subitamente convocado a ocupar o lugar de objeto de curiosidade, suspeita ou desprezo, muitas vezes em situações aparentemente banais, como perguntas sobre a origem “verdadeira”, comentários sobre o cabelo ou suposições automáticas de subalternidade profissional. A autora nomeia essas situações como cenas coloniais, na medida em que reatualizam, no presente, a estrutura de objetificação e desumanização característica da relação colonial entre sujeito branco e objeto negro.

Um dos conceitos centrais da obra é o de máscara, que descreve a exigência implícita, imposta a sujeitos negros, de adequar-se a expectativas brancas de comportamento, linguagem e afeto, sob pena de serem lidos como ameaçadores, agressivos ou inadequados. Trata-se de um trabalho

psíquico constante e silencioso, cujo custo emocional raramente é reconhecido, mas que impõe uma sobrecarga significativa à vida psíquica de sujeitos racializados, exigindo deles uma vigilância permanente sobre a própria autoapresentação.

Esse sofrimento, segundo Kilomba (2019), frequentemente se instala no corpo antes mesmo de encontrar palavras para sua elaboração, manifestando-se como tensão muscular crônica, insônia, fadiga inexplicada ou sintomas psicossomáticos diversos. Trata-se de uma forma de sofrimento que precede a simbolização verbal e que, justamente por isso, corre maior risco de ser desconsiderada ou mal compreendida em contextos clínicos que privilegiam exclusivamente a palavra articulada como via de acesso ao inconsciente. Quando o analista desconsidera esse contexto histórico e ideológico, corre o risco de reproduzir, na cena analítica, o mesmo apagamento promovido socialmente, interpretando como resistência individual, defesa neurótica ou traço de caráter aquilo que muitas vezes constitui resposta legítima, e mesmo adaptativa, a uma realidade concreta de violência racial.

BRANQUITUDE: PACTOS NARCÍSICOS, NEUTRALIDADE E A HIERARQUIA DA COR.

É nesse ponto que a reflexão sobre a branquitude se torna incontornável, para tanto, Bento (2002), demonstra como os pactos narcísicos da branquitude sustentam privilégios raciais e operam por meio da negação do racismo e que tais pactos consistem em um acordo tácito, raramente verbalizado, por meio do qual sujeitos brancos evitam nomear ou confrontar o racismo, seja por conveniência ou seja por identificação inconsciente com uma imagem idealizada de si mesmos como não racistas. Esse pacto narcísico opera como mecanismo de proteção psíquica: reconhecer a própria implicação em estruturas racistas exigiria dos sujeitos brancos uma revisão dolorosa de sua autoimagem, razão pela qual a negação tende a ser psiquicamente mais cômoda do que o reconhecimento.

Schucman (2014) afirma que a branquitude não é uma categoria homogênea, pelo contrário, ela é organizada de forma hierárquica, em que as pessoas são posicionadas conforme o grau de aproximação ou de distanciamento de um ideal socialmente construído de brancura. Para a dada autora, sujeitos brancos de diferentes classes sociais recorrem a

distinções internas de tonalidade para reposicionar-se simbolicamente na hierarquia racial, evidenciando que a branquitude funciona simultaneamente como lugar de privilégio e como espaço de disputa interna por proximidade ao ideal racial hegemônico. Essa hierarquização interna não diminui, contudo, a função estrutural da branquitude como norma invisível: por ocupar o lugar do universal, do neutro, do sem raça, a branquitude dispensa-se da tarefa de autorreconhecimento racial, tarefa que é, ao contrário, imposta cotidianamente a sujeitos negros.

No setting analítico, tais pactos podem manifestar-se quando o analista, ele próprio possivelmente branco, deixa de interrogar sua própria posição racial, reproduzindo, ainda que inconscientemente, hierarquias coloniais na relação transferencial. A neutralidade, nesse sentido, revela-se menos como condição técnica da escuta e mais como um mito que encobre posicionamentos históricos, políticos e raciais. Interrogar a branquitude no contexto clínico significa reconhecer que o silêncio sobre raça jamais é neutro. Ao contrário, ele pode reeditar as mesmas assimetrias que constituíram o sujeito racializado fora do consultório, transformando o próprio dispositivo analítico em espaço de repetição, e não de elaboração, das relações de poder racial.

É precisamente nessa direção que as contribuições de Neusa Santos Souza (1983), em *Tornar-se Negro*, também tornam-se fundamentais para pensar a clínica psicanalítica brasileira. Ao analisar os efeitos subjetivos do racismo, a autora demonstra que o sofrimento psíquico da população negra não pode ser compreendido de forma dissociada das relações sociais que produzem e sustentam a supremacia branca. O processo de "tornar-se negro" não corresponde a uma condição biológica ou natural, mas a um percurso de elaboração subjetiva que exige romper com os ideais de embranquecimento impostos pela sociedade racista. Para Souza (1983), o sujeito negro é frequentemente levado a construir sua identidade a partir do olhar branco, internalizando padrões estéticos, culturais e morais que negam sua própria história e seu pertencimento racial.

Nesse contexto, a ascensão social ocupa um lugar intimamente ambíguo. Embora represente uma conquista legítima de direitos, acesso e reconhecimento, ela pode ser acompanhada por um intenso processo de alienação subjetiva quando passa a ser vivida como aproximação do ideal branco. Em uma sociedade estruturada pelo racismo, o sucesso

social do sujeito negro frequentemente é condicionado à assimilação de valores, comportamentos e modos de existência associados à branquitude, produzindo conflitos identitários, sentimentos persistentes de inadequação e um esforço contínuo para provar competência, mérito e humanidade. Desse modo, o reconhecimento conquistado não elimina o racismo; ao contrário, muitas vezes impõe um elevado custo psíquico, marcado pela renúncia de aspectos da própria identidade e pela necessidade constante de negociar sua existência em espaços historicamente constituídos como brancos.

Esse processo produz o que a autora descreve como uma cisão identitária dolorosa: o sujeito passa a habitar simultaneamente dois lugares inconciliáveis, o de pertencimento a uma comunidade negra da qual, em certo sentido, é levado a se afastar, e o de aspirante a uma branquitude da qual, por sua condição racial, jamais será plenamente reconhecido como parte. No poema aqui analisado, essa tensão dialoga com o verso "chamam meu diploma de liberdade, mas o atlas da violência insiste", que evidencia como mesmo a conquista de credenciais socialmente valorizadas, como a titulação acadêmica ou a formação profissional, não dissolve a exposição estrutural à violência racial, revelando os limites da promessa liberal de ascensão social como resposta suficiente ao racismo estrutural ou seja, nessa lógica, a ascensão deixa de representar apenas um processo de inclusão social e passa a exigir do sujeito a permanente negociação de sua identidade, revelando que o racismo não desaparece com a mobilidade social, mas se reorganiza de formas mais sutis, produzindo novas modalidades de sofrimento psíquico e de alienação.

Do ponto de vista clínico, a contribuição de Souza (1983) alerta para a necessidade de que o analista esteja atento aos efeitos específicos da ascensão social sobre pacientes negros, evitando interpretar sintomas de mal-estar, culpa ou estranhamento identitário exclusivamente a partir de categorias psicodinâmicas tradicionais, sem considerar a dimensão racial e social que atravessa e, muitas vezes, sobredetermina tais conflitos.

Outra dimensão relevante para a construção de uma escuta aquilombada diz respeito aos efeitos psicossomáticos do racismo, amplamente documentados tanto pela literatura psicanalítica quanto pela pesquisa em saúde coletiva. A exposição contínua a microagressões raciais, à hipervigilância exigida pela antecipação de possíveis situações de discriminação e à necessidade constante de administrar a própria imagem diante

do olhar branco produz um desgaste psíquico e físico cumulativo, que se manifesta clinicamente por meio de sintomas como hipertensão, distúrbios do sono, quadros de ansiedade generalizada e adoecimentos psicossomáticos diversos.

Do ponto de vista psicanalítico, esse fenômeno pode ser compreendido à luz da noção de que determinados afetos, quando não encontram via de simbolização verbal disponível, tendem a se inscrever no corpo como via alternativa de expressão do sofrimento psíquico. Se, como apontam Kilomba (2019) e Fanon (2008), o racismo frequentemente impõe ao sujeito negro a obrigação de silenciar ou minimizar sua própria percepção da violência sofrida, é razoável supor que parte significativa desse sofrimento não verbalizado encontre no corpo seu principal território de expressão, o que reforça a importância de uma escuta clínica atenta não apenas ao discurso manifesto do paciente, mas também às suas manifestações corporais.

Essa perspectiva dialoga diretamente com a imagem poética que atravessa todo o poema analisado neste artigo: a carne rasgada, a fratura exposta, o corpo que pulsa. Tais imagens não são meramente metafóricas, mas apontam para uma realidade clínica concreta, na qual o corpo negro carrega, de forma literal, as marcas de uma história de violência que a palavra, sozinha, muitas vezes não consegue inteiramente traduzir. Cabe à clínica aquilombada, portanto, desenvolver sensibilidade específica para essas manifestações corporais, evitando reduzi-las a quadros psicossomáticos desvinculados de sua determinação histórica e racial.

POR UMA CLÍNICA AQUILOMBADA: FUNDAMENTOS E HORIZONTES.

Nesse horizonte, a proposta de uma psicanálise preta e aquilombada não pretende abandonar os fundamentos da tradição psicanalítica, tampouco negar a relevância de conceitos centrais como inconsciente, transferência e pulsão. Ao contrário, busca radicalizar o compromisso ético da psicanálise com a singularidade do sujeito, reconhecendo que essa singularidade nunca se constitui fora da história. O inconsciente é atravessado pelas condições sociais, políticas e raciais que organizam a experiência humana e, por isso, tais determinações não podem ser tratadas como um pano de fundo secundário da escuta clínica.

A escolha do termo “aquilombada” também não é meramente metafórica. Os quilombos, construídos por populações negras escravizadas em fuga, constituíram territórios de resistência, reinvenção política, produção de conhecimento e reconstrução de modos de existência diante da violência colonial. Aquilombar a clínica significa, portanto, transformar o espaço analítico em um território de acolhimento, reconhecimento e elaboração das violências produzidas pelo racismo, deslocando a psicanálise de Sua neutralidade analítica e aproximando-a das experiências concretas daquelas cujas vozes foram historicamente silenciadas.

Essa perspectiva exige importantes deslocamentos na prática clínica. O primeiro consiste em problematizar o ideal de neutralidade analítica. Não se trata de abandonar a atenção igualmente flutuante proposta por Freud (1912), mas de reconhecer que nenhuma escuta é produzida fora da história. O analista também ocupa uma posição social e racial e, justamente por isso, precisa interrogar continuamente os efeitos de sua própria branquitude, de seus privilégios e de seus referenciais culturais sobre a relação transferencial. A neutralidade deixa de ser compreendida como ausência de posicionamento e passa a ser concebida como um exercício permanente de autorreflexão ética acerca das condições que atravessam a própria escuta.

Um segundo deslocamento refere-se à ampliação do repertório teórico da clínica. Incorporar as contribuições do pensamento negro, decolonial e antirracista não significa criar uma "nova psicanálise", mas ampliar as possibilidades de compreensão do sofrimento psíquico em sociedades estruturadas pelo colonialismo e pelo racismo. As produções de autores como Fanon, Neusa Santos Souza, Lélia Gonzalez, Grada Kilomba, Cida Bento, Lia Vainer Schucman e Silvio Almeida evidenciam dimensões da constituição subjetiva historicamente invisibilizadas pela tradição psicanalítica ocidental, oferecendo instrumentos indispensáveis para compreender os efeitos psíquicos da racialização.

Uma clínica aquilombada pressupõe reconhecer que o sofrimento psíquico é, simultaneamente, singular e coletivo. As experiências subjetivas jamais podem ser reduzidas às estruturas sociais; entretanto, também não podem ser compreendidas como se existissem independentemente delas. O sofrimento ético-político produzido pelo racismo atravessa o inconsciente, organiza identificações, produz fantasias, modela relações transferenciais e participa da constituição do desejo e escutar essas

marcas não significa sociologizar a psicanálise, mas ampliar sua capacidade de reconhecer os múltiplos determinantes que participam da constituição do sujeito e trata-se, portanto, de construir uma clínica capaz de reconhecer o sofrimento ético-político da população negra como parte constitutiva da experiência psíquica, criando condições para que outras formas de elaboração e subjetivação possam emergir para além dos destinos de silenciamento, alienação e adoecimento historicamente impostos aos corpos negros. (Garcia, Ribeiro e Madeiro, 2025)

Da mesma forma, os espaços de supervisão clínica precisam ser compreendidos como lugares privilegiados para a problematização das relações raciais na prática analítica. Tradicionalmente voltadas à discussão técnica de casos a partir da metapsicologia clássica, as supervisões deveriam incorporar de maneira sistemática a análise dos efeitos do racismo na constituição subjetiva e na própria relação transferencial, independentemente de a questão racial aparecer explicitamente como motivo da demanda clínica. Formar supervisores sensíveis a essa dimensão constitui etapa indispensável para consolidar uma prática analítica comprometida com uma escuta genuinamente ética, capaz de reconhecer que o sofrimento psíquico é inseparável das condições históricas que produzem, distribuem e hierarquizam vidas.

Nessa direção, é preciso reconhecer que a construção de uma clínica aquilombada não depende exclusivamente da disposição ética de analistas individualmente comprometidos com a questão racial. Trata-se de um projeto que demanda transformações estruturais nos processos de formação, nas instituições psicanalíticas, nos conselhos profissionais e nas políticas públicas de saúde mental. Isso implica revisar currículos, ampliar o diálogo com produções do pensamento negro e decolonial e enfrentar as desigualdades raciais que atravessam a própria profissão, promovendo maior representatividade psicanalistas negros, especialmente nos espaços de produção do conhecimento, docência, supervisão e gestão institucional, historicamente ocupados de forma desigual.

A clínica aquilombada convida a psicanálise a reencontrar seu compromisso originário com a escuta do sujeito, compreendendo, entretanto, que nenhum sujeito existe à margem da história. Se o inconsciente se constitui nas relações sociais, ele também é atravessado pelos efeitos do racismo, da colonialidade e da branquitude, que participam da produção das subjetividades e dos modos de sofrer. Aquilombar a clínica,

portanto, não significa romper com Freud, mas radicalizar sua aposta ética na singularidade, recusando que essa singularidade continue sendo pensada a partir de um sujeito abstrato, universal e desracializado. Significa reconhecer que a escuta psicanalítica somente pode cumprir sua função ética quando é capaz de acolher as marcas históricas que constituem o sofrimento, sem reduzir o sujeito nem ao social nem ao intrapsíquico, mas sustentando a complexidade de sua existência. (Souza, 1983; Kilomba, 2019)

Por fim, importa assinalar que as reflexões aqui desenvolvidas não pretendem encerrar esse debate, tampouco apresentar um modelo acabado de clínica. Ao contrário, constituem uma contribuição situada, atravessada por uma perspectiva teórica, política e ética comprometida com a descolonização da psicanálise e com o enfrentamento do racismo em seus múltiplos efeitos sobre a vida psíquica. Assim como o poema que inaugura este trabalho anuncia uma escrita implicada, também este texto assume que todo conhecimento é produzido a partir de um lugar de enunciação. Longe de fragilizar sua consistência teórica, esse reconhecimento reafirma o compromisso com uma ciência que se sabe histórica, política, implicada e aberta ao diálogo, dessa maneira, espera-se, portanto, que estas reflexões possam provocar novos deslocamentos, inspirar outras leituras e fortalecer um movimento coletivo de construção de uma psicanálise cada vez mais enegrecida. Reitera-se que, aquilombar a clínica, portanto, não significa romper com Freud, mas radicalizar sua aposta ética na singularidade, recusando que essa singularidade continue sendo pensada a partir de um sujeito abstrato, universal e dessacralizado. É, em última instância, afirmar que não há escuta verdadeiramente psicanalítica sem o reconhecimento das condições históricas, sociais, culturais, políticas, territoriais e sobretudo, raciais que produzem o sofrimento e das possibilidades coletivas de resistência, elaboração e reinvenção da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O percurso proposto neste artigo, que parte da experiência poética e se desdobra em diálogo com autores da psicanálise, da filosofia política e do pensamento negro brasileiro, buscou evidenciar que escutar o corpo negro exige mais do que a aplicação de categorias técnicas tradicionais,

uma vez que, exige o reconhecimento de que o racismo constitui estrutura fundante da subjetividade, e não elemento suplementar a ser eventualmente considerado.

Retomando a pergunta que dá título a este texto, quem escuta o corpo negro, é possível afirmar que a resposta não se resume à presença física de um analista disposto a escutar, mas à disposição ética e política de construir uma escuta capaz de reconhecer, nomear e elaborar aquilo que historicamente foi silenciado. Como anuncia o poema que inaugura esta reflexão, trata-se de fazer do divã território insurgente, de descolonizar o escutar para contracolonizar a existência, e de insistir, onde quiseram morte, em fazer vida.

Como pesquisa futura, seria producente investigar sistematicamente os efeitos da formação continuada em racismo e branquitude sobre a prática de analistas brasileiros, bem como aprofundar, por meio de estudos de caso, a compreensão das manifestações clínicas específicas do racismo em diferentes fases do desenvolvimento e em diferentes contextos regionais do país, com atenção especial às populações amazônicas, cuja experiência de racialização se articula a processos coloniais específicos, ainda pouco explorados pela literatura psicanalítica nacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Tradução de José Laurênio de Melo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912)**. In: FREUD, Sigmund. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos**

(1911-1913). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização (1930)**. In: FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
GARCIA, Camila de Freitas Moraes; RIBEIRO, Cristine Jaques; MADEIRO, Roseane Torres de. **Solidão e amor: é possível amar uma mulher negra?** *Revista Em Favor de Igualdade Racial*, Rio Branco, v. 8, n. 1, p. 28-39, 2025. DOI: 10.29327/269579.8.1-4. Disponível em: https://periodicos.ufac.br/index.php/RFIR/article/view/7478. Acessado em de julho de 2026.
GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. In: SILVA, Luiz Antonio Machado da et al. (org.). *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: ANPOCS, 1984. p. 223-244.
GONZALEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. *Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, 1988.
KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do corpo negro**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
NOGUEIRA, Oracy. **Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil**. *Tempo Social*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 287-308, 2006. Publicado originalmente em 1954.
SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. São Paulo: Annablume, 2014.
SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

Educação popular, saúde mental e lutas contra preconceitos

Aldenise Silva de Nazaré
Michele Torres dos Santos de Melo

INTRODUÇÃO.

A discussão sobre saúde mental tem ocupado espaço cada vez mais relevante nos debates acadêmicos e sociais, especialmente diante do crescimento das desigualdades sociais, da intensificação das violências simbólicas e da fragilização dos vínculos comunitários. Nesse cenário, torna-se cada vez mais necessário ampliar a forma como o sofrimento psíquico é compreendido, superando perspectivas centradas apenas no indivíduo, no diagnóstico ou em explicações exclusivamente biológicas. Assim, compreender a saúde mental também exige refletir sobre as experiências sociais, históricas e culturais que atravessam a vida dos sujeitos e influenciam diretamente suas formas de existir, se relacionar e ocupar diferentes espaços na sociedade.

Nesse contexto, a Educação Popular surge como importante possibilidade de transformação social ao defender práticas fundamentadas no diálogo, na valorização dos saberes populares e na construção coletiva do conhecimento. Inspirada principalmente nas contribuições de Paulo Freire, essa perspectiva compreende os sujeitos como participantes ativos dos processos educativos e sociais, favorecendo práticas mais democráticas, participativas e emancipatórias. Mais do que uma estratégia metodológica, a Educação Popular também assume uma dimensão ética e política ao reconhecer sujeitos historicamente silenciados e fortalecer práticas comprometidas com a autonomia, a participação social e a dignidade humana.

A aproximação entre Educação Popular, Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial possibilita compreender que o cuidado em saúde mental não se produz apenas nos serviços especializados, mas também nas relações familiares, comunitárias, escolares e territoriais. A partir das transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, passam a ganhar força discussões relacionadas ao cuidado em liberdade, à convivência social, à valorização da autonomia e à superação de práticas

historicamente marcadas pelo isolamento, pelo controle e pela exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Este texto apresenta uma reflexão crítica sobre as relações entre cuidado em saúde mental, preconceitos sociais, pertencimento e construção de redes de apoio. A discussão parte do entendimento de que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido apenas de maneira individual, mas também como resultado das relações sociais que atravessam o cotidiano dos sujeitos. Dessa forma, experiências de exclusão, ausência de pertencimento e negação de direitos também impactam diretamente a saúde mental, produzindo marcas emocionais, sociais e subjetivas.

Além disso, o texto problematiza diferentes formas de preconceito e exclusão social, como racismo, discriminação e estigmatização, destacando seus impactos sobre a subjetividade, a autoestima e os processos de adoecimento psíquico. Em muitos contextos, essas experiências acabam sendo naturalizadas nas relações sociais, dificultando a construção de vínculos, o reconhecimento das diferenças e o acesso a formas de cuidado mais acolhedoras e humanizadas.

Ao defender práticas fundamentadas no acolhimento, na escuta, na convivência e na participação coletiva, o estudo também reforça a importância da construção de espaços mais inclusivos, sensíveis às experiências humanas e comprometidos com a promoção da saúde mental. Nesse sentido, as redes de apoio, o pertencimento e as relações comunitárias passam a ocupar papel importante no fortalecimento emocional dos sujeitos e na criação de práticas de cuidado mais próximas da realidade social vivida por diferentes grupos.

Dessa forma, a discussão proposta abordará questões relacionadas à Educação Popular e à construção do cuidado em saúde mental, aos preconceitos, à exclusão social e ao sofrimento psíquico, refletindo também sobre a importância das redes de apoio, do pertencimento e das relações coletivas na promoção da saúde mental e no desenvolvimento de práticas mais humanas, democráticas e comprometidas com a dignidade dos sujeitos.

EDUCAÇÃO POPULAR E CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Quando se fala em educação é comum relacionarmos esse processo apenas ao espaço escolar ou à transmissão de conteúdos. Porém, a educação popular propõe um olhar diferente, entendendo que o aprendizado também acontece nas vivências, nas relações sociais e no cotidiano. Dessa forma, as pessoas deixam de ocupar apenas o lugar de quem recebe conhecimento e passam também a participar ativamente da produção desse saber.

Dias e Amarante (2022) compreendem a educação popular não apenas como uma metodologia educativa, mas como uma concepção teórica e prática desenvolvida historicamente a partir das lutas sociais e da participação das classes populares. Para os autores, ela se caracteriza pela valorização dos saberes e das experiências populares, buscando uma educação emancipadora, crítica e transformadora da realidade social.

Nessa perspectiva, diferentes saberes passam a ser valorizados, especialmente aqueles construídos nas vivências coletivas. Por ser um método de educação que valoriza os saberes prévios do povo e suas realidades culturais na construção de novos saberes, ela possui forte compromisso com os direitos humanos e com o diálogo nos processos de transformação da realidade.

Esses dois autores ressaltam que a educação popular se fortalece por meio da práxis, ou seja, por meio de um movimento contínuo entre ação, reflexão e transformação social. Dessa maneira, ela não se limita apenas ao campo educacional, mas também contribui para construção de ações mais participativas e voltadas para valorização dos sujeitos em suas diferentes realidades sociais.

Ao discutir educação popular enquanto prática social, Freire (2019) diz que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam em comunhão”. Esse posicionamento ajuda a valorizar conhecimentos historicamente marginalizados e fortalece relações mais inclusivas e democráticas. Dessa forma, a educação popular ultrapassa os limites da pedagogia e passa a dialogar com diferentes áreas sociais, incluindo a saúde mental, especialmente ao reconhecer os indivíduos em suas histórias e formas de existir.

Essa aproximação ocorre porque tanto a educação popular quanto a atenção psicossocial compartilham princípios semelhantes, principalmente ao compreenderem o sujeito para além de diagnósticos ou posições passivas nos processos de cuidado. Em ambos os campos, os indivíduos passam a ser compreendidos como participantes ativos nos processos relacionados ao cuidado e à própria realidade social.

Com a ampliação desse olhar, o cuidado em saúde mental deixa de acontecer apenas dentro dos espaços clínicos. A partir da atenção psicossocial, o foco deixa de estar apenas na doença e passa a considerar o sujeito em sua integralidade. Assim, aspectos relacionados aos vínculos, à convivência, ao território e às relações sociais tornam-se parte importante desse processo de cuidado.

Nesse movimento de transformação do cuidado, experiências desenvolvidas em serviços substitutivos de saúde mental passaram a valorizar atividades coletivas, oficinas, rodas de conversa e ações comunitárias como parte importante do acompanhamento em saúde mental. Andrade e Veloso (2015), ao relatarem fatos ocorridos em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, mostram que atividades artísticas e espaços coletivos possibilitam que os sujeitos ocupem lugares de criação, expressão e convivência social, rompendo com modelos historicamente marcados pelo isolamento e pela exclusão.

Ao abordar a Educação Popular em Saúde, Silva e Ronsoni (2022) ressaltam sua importância para o desenvolvimento de práticas em saúde mental mais participativas. A autora enfatiza princípios como diálogo, problematização e construção compartilhada do conhecimento, destacando a necessidade de romper com modelos tradicionais centrados apenas na transmissão verticalizada do saber e nas relações hierarquizadas de cuidado.

Perceber essas questões é importante porque muitas demandas relacionadas à saúde mental aparecem inicialmente nos espaços comunitários, familiares e escolares, antes mesmo de chegarem aos serviços especializados. Por isso, práticas fundamentadas na educação popular contribuem para a criação de ambientes mais atentos às necessidades humanas, às formas de convivência e às demandas sociais presentes no cotidiano dos sujeitos.

Essas mudanças no modo de compreender o cuidado em saúde mental também se relacionam com os avanços trazidos pela Reforma

Psiquiátrica brasileira. A partir desse movimento, passaram a ser questionadas dinâmicas marcadas pelo isolamento e pela exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, fortalecendo a defesa de um cuidado em liberdade e mais próximo da convivência social.

A atenção psicossocial surge justamente como uma tentativa de romper com modelos centrados apenas na internação e no controle dos sujeitos em sofrimento psíquico. Com os avanços da Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, passam a priorizar estratégias voltadas para convivência, participação e fortalecimento da autonomia no cotidiano. Como destaca Dias (2024), essas mudanças contribuíram para aproximação de formas de cuidado mais conectadas às necessidades sociais e às realidades vividas pelos indivíduos.

Ao discutir os processos de cuidado em saúde mental, Sobel (2020) chama atenção para a permanência de ações que ainda reproduzem relações de controle sobre os sujeitos, dificultando a consolidação da autonomia e da participação nas próprias maneiras de ofertar o cuidado. Nesse contexto, a educação popular aparece como importante possibilidade de enfrentamento dessas práticas ao defender relações mais dialógicas, menos autoritárias e comprometidas com o protagonismo dos indivíduos em suas próprias trajetórias.

Pensar o cuidado em saúde mental também exige refletir sobre ações que silenciam, controlam ou limitam pessoas em sofrimento psíquico. Mais do que discutir apenas instituições manicomiais, esse debate envolve compreender como determinadas relações sociais ainda podem produzir dependência e dificultar o desenvolvimento da autonomia em diferentes espaços.

Essas discussões também ampliam o olhar sobre a forma como a sociedade, ao longo da história, passou a compreender a loucura e os sujeitos em sofrimento mental. Nesse percurso, diferentes entendimentos e formas de cuidado foram sendo produzidos, influenciando maneiras de pensar, tratar e lidar com o sofrimento psíquico.

Essas transformações permitem compreender que o sofrimento mental não pode ser analisado de maneira isolada, pois também é atravessado pelas relações estabelecidas nos diferentes espaços sociais e pelos impactos que essas experiências produzem na vida dos indivíduos.

Mesmo com os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e pela atenção psicossocial, ainda existem muitos desafios relacionados ao modo como o sofrimento mental é tratado socialmente. Em diversos casos, situações de exclusão continuam presentes nas relações sociais e institucionais, dificultando o desenvolvimento de um cuidado realmente comprometido com a autonomia dos sujeitos.

Sob esse olhar, a luta antimanicomial ultrapassa a discussão sobre hospitais psiquiátricos e passa também a questionar diferentes formas de opressão presentes na sociedade. Questões relacionadas ao racismo, machismo, homofobia e outras desigualdades sociais também atravessam a saúde mental e influenciam as experiências de sofrimento vividas pelos sujeitos. Assim, pensar o cuidado em saúde mental exige compreender que essas vivências também se desenvolvem nas relações sociais e históricas presentes na vida cotidiana.

A partir dessas discussões, torna-se possível compreender que a educação popular contribui para construção de um cuidado em saúde mental comprometido não apenas com a assistência, mas também com a valorização da existência dos sujeitos em suas diferentes formas de viver e se relacionar socialmente. Ao romper com perspectivas centradas apenas no controle, na medicalização e na lógica institucionalizante, a atenção psicossocial passa a defender práticas construídas na convivência, na liberdade e no reconhecimento da dimensão humana presente no sofrimento psíquico.

Além disso, as aproximações entre educação popular e saúde mental fortalecem a compreensão de que o cuidado não pode ser produzido de maneira verticalizada ou distante das realidades sociais dos indivíduos. A valorização dos saberes construídos e o fortalecimento da autonomia tornam-se elementos fundamentais para a criação de estratégias mais comprometidas com a dignidade humana.

Embora os avanços da atenção psicossocial tenham ampliado a forma de compreender o cuidado em saúde mental, muitos desafios ainda permanecem presentes no cotidiano social. Questões relacionadas ao preconceito, à exclusão e às diferentes formas de violência simbólica continuam atravessando a vida de inúmeros sujeitos, influenciando diretamente suas experiências emocionais, seus vínculos sociais e suas possibilidades de pertencimento.

PRECONCEITOS, EXCLUSÃO SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO.

As relações sociais são atravessadas por diferentes formas de preconceito que, muitas vezes, acabam sendo naturalizadas no dia a dia. Comentários ofensivos, discriminações sutis, exclusões e julgamentos constantes fazem parte da realidade de muitas pessoas e influenciam diretamente a maneira como esses sujeitos passam a se perceber e se relacionar socialmente.

Em determinados contextos, as atitudes preconceituosas deixam de ser vistas como violência e passam a ser reproduzidas de forma comum nas relações humanas, principalmente quando aparecem disfarçadas de brincadeiras, opiniões ou formas de humor socialmente aceitas.

Considerando esse cenário, muitas pessoas acabam sendo expostas à ridicularização por causa da aparência, da cor da pele, da orientação sexual, da condição social, religiosa ou de outras características pessoais. Situações de humilhação, constrangimento e desvalorização passam a acontecer de maneira repetitiva, enquanto aqueles que praticam essas atitudes frequentemente minimizam seus impactos emocionais. Com o tempo, essas experiências podem afetar a autoestima e a forma como as pessoas constroem vínculos e ocupam diferentes espaços sociais.

Nas reflexões de Goffman (1988) sobre estigma social, ele deixa claro que determinados sujeitos acabam sendo marcados socialmente por características consideradas diferentes ou inferiores. Essas marcas passam a influenciar a maneira como essas pessoas são enxergadas, tratadas e inseridas socialmente, produzindo constrangimento, silenciamento e afastamento nas relações humanas.

Essa compreensão ajuda a perceber que o sofrimento psíquico não se constrói apenas de maneira individual, mas também nas reações sociais vividas cotidianamente. Com o passar do tempo, as relações humanas têm se tornado cada vez mais fragilizadas, fazendo com que muitas pessoas convivam constantemente com sentimentos de rejeição e insegurança.

Após o período pandêmico, esperava-se que as pessoas se tornassem mais sensíveis à dor do outro e mais abertas ao cuidado coletivo, porém, o que se observa é o aumento da intolerância, da indiferença e da banalização do sofrimento humano. Situações de exposição pública, ataques

virtuais e banalização do sofrimento passaram a acontecer de forma gratuita e cada vez mais frequente, enquanto a dor emocional de muitos continua sendo minimizada ou tratada como exagero, o que contribui ainda mais para processos de adoecimento psíquico e dificuldade na construção de relações saudáveis.

Embora o preconceito possa se manifestar de diferentes maneiras, a discriminação costuma aparecer como uma de suas consequências mais visíveis nas relações sociais. Determinados sujeitos passam a receber tratamentos diferentes, são excluídos de espaços, descredibilizados ou até reduzidos a características específicas. Essas atitudes, quando repetidas continuamente, acabam produzindo impactos negativos que ultrapassam o campo social e atingem a saúde emocional e psicológica.

As formas de preconceito permanecem historicamente enraizadas na sociedade e acabam produzindo efeitos ainda mais agressivos sobre a vida dos sujeitos. Entre elas, o racismo ganha destaque pela maneira persistente como atravessa as relações e vivências da população negra.

Em entrevista publicada pelo Conselho Federal de Psicologia, o psicólogo Valter da Mata (2015) destaca que o racismo atua sobre aspectos relacionados à identidade e à autoestima, produzindo marcas que atravessam a subjetividade dos indivíduos.

Essa realidade pode ser percebida em diferentes contextos sociais, inclusive nos espaços educacionais e profissionais, onde muitas pessoas negras ainda convivem com dificuldades relacionadas ao acesso às mesmas oportunidades. Existe a sensação constante de precisar se esforçar mais, provar capacidade o tempo todo e buscar validação para conseguir ocupar espaços que, para outras pessoas, já são naturalmente legitimados socialmente.

Almeida (2019), ao discutir o conceito de racismo estrutural, afirma que o racismo ultrapassa atitudes individuais e passa a integrar a própria organização social, influenciando relações, oportunidades e formas de reconhecimento social da população negra. Essa compreensão permite perceber que determinadas experiências de exclusão e desvalorização continuam presentes de maneira silenciosa em diferentes espaços sociais.

Conviver com situações de injustiça pode produzir impactos na saúde mental, principalmente quando esses comportamentos passam a fazer parte de uma rotina. O receio de ser julgado, não compreendido ou até a

sensação constante de inadequação faz com que muitas pessoas se calem e encontrem maneiras de camuflar o desgaste emocional, evitando verbalizar a dor ou procurar ajuda. Com o passar do tempo, esse silenciamento pode intensificar ainda mais sentimentos de angústia, de solidão e processos de adoecimento psíquico.

Santos (2020) também chama atenção para o risco de patologização de sofrimentos produzidos pelas desigualdades sociais e pelo racismo. Em muitos casos, experiências legítimas de dor, revolta, medo e sofrimento emocional acabam sendo compreendidas apenas como questões individuais, desconsiderando os contextos sociais que atravessam essas vivências. Assim, é preciso considerar distintas realidades e desenvolver um olhar atento para as experiências cotidianas de pessoas que não possuem privilégios econômicos e, socialmente, estejam em condição desigual quanto aos acessos necessários à dignidade e garantia de direitos.

Essas discussões também podem ser ampliadas a partir das reflexões de Mbembe (2018), que desenvolve o conceito de necropolítica, relacionado às formas de poder que definem quais vidas recebem maior proteção social e quais permanecem mais expostas à violência, ao abandono e à negação de direitos. Para o autor, determinadas populações acabam sendo historicamente vulnerabilizadas pelas desigualdades sociais e raciais, o que também influencia experiências de sofrimento e acesso ao cuidado em saúde mental.

A própria Psicologia vem ampliando reflexões sobre a necessidade de compreender a saúde mental para além das questões individuais. Em publicação do Conselho Federal de Psicologia sobre a campanha "Saúde Mental de Janeiro a Janeiro", divulgada em 2023, destaca-se que o sofrimento mental não pode ser compreendido apenas de maneira individual, pois também está relacionado às condições sociais, econômicas e às formas como os sujeitos se relacionam com o próprio entorno. O material também chama atenção para a necessidade de um cuidado contínuo e mais atento às diferentes realidades humanas, reconhecendo que experiências de violência, exclusão e vulnerabilidade social podem atravessar diretamente a saúde mental.

Ao refletir sobre essas questões, a educação popular ganha espaço justamente por buscar reconhecer e valorizar aquilo que cada sujeito carrega em suas experiências, vivências e saberes construídos ao longo da vida. Em vez de reforçar relações marcadas pelo julgamento ou pela ideia

de que algumas pessoas sabem mais e outras sabem menos, essa perspectiva procura compreender os sujeitos de maneira mais humana e igualitária, respeitando suas histórias e formas de viver.

O reconhecimento das vivências, das diferenças e das histórias humanas também possibilita a construção de relações mais acolhedoras e menos marcadas pelos preconceitos presentes na sociedade. A partir dessa perspectiva, torna-se possível desenvolver reflexões sobre respeito, convivência e reconhecimento humano, fortalecendo práticas mais sensíveis às diferenças e ao sofrimento vivido por muitos sujeitos nas relações sociais.

Diante dos impactos produzidos pelas experiências de exclusão, preconceito e fragilização das relações sociais, torna-se importante refletir também sobre a importância das redes de apoio e do sentimento de pertencimento na promoção da saúde mental. Portanto, é imprescindível avaliar as vivências diante de situações de vulnerabilidade social, ausência de acessos aos direitos fundamentais à dignidade social e de garantia do bem-estar e qualidade de vida.

REDES DE APOIO, PERTENCIMENTO E SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, as discussões relacionadas à saúde mental passaram a ganhar maior visibilidade, especialmente diante do aumento do sofrimento psíquico associado às desigualdades sociais.

Nesse contexto, a Educação Popular emerge como uma importante estratégia de participação coletiva e da construção de redes de apoio capazes de promover pertencimento social e cuidado em saúde mental. Inspirada principalmente nas contribuições de Paulo Freire, a Educação Popular propõe práticas dialógicas, críticas e emancipatórias, valorizando os saberes construídos nas experiências de vida das comunidades.

Nos últimos cinco anos, pesquisadores da área da saúde coletiva e da saúde mental têm enfatizado que o pertencimento social e as redes de apoio comunitário são fundamentais para a promoção do bem-estar psicológico e para o enfrentamento do sofrimento mental. Estudos recentes apontam que práticas comunitárias baseadas na solidariedade, na escuta e na participação social favorecem o acolhimento, reduzem o isolamento emocional e ampliam as possibilidades de cuidado integral.

A Educação Popular em Saúde compreende o processo educativo como um instrumento de transformação social, baseado no diálogo horizontal entre profissionais e população. Para Freire (2019), educar significa criar possibilidades para a construção coletiva do conhecimento, permitindo que os sujeitos compreendam criticamente sua realidade e atuem sobre ela. Essa perspectiva rompe com modelos autoritários de cuidado e favorece práticas de acolhimento e participação social.

Na área da saúde mental, a Educação Popular contribui para o fortalecimento da atenção psicossocial ao reconhecer os indivíduos como protagonistas de suas histórias e não apenas como portadores de sofrimento psíquico. Dias e Amarante (2022) destacam que a aproximação entre educação popular e saúde mental amplia o cuidado ao valorizar experiências comunitárias, práticas territoriais e relações de solidariedade.

Para além disso, as redes de apoio exercem papel central na promoção da saúde mental, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais. Essas redes podem ser compostas por familiares, amigos, grupos comunitários, escolas, movimentos sociais, serviços públicos e espaços coletivos de convivência. Quando fortalecidas, elas contribuem para a redução do isolamento social, para o desenvolvimento do sentimento de pertencimento e para a construção de vínculos afetivos mais saudáveis.

Segundo Romano *et al.* (2023), os mecanismos de participação popular na saúde mental fortalecem a democratização do cuidado e ampliam o protagonismo social dos usuários dos serviços de saúde. Da mesma forma, Cruz et al. (2024) afirmam que a Educação Popular no Sistema Único de Saúde (SUS) favorece processos de escuta, acolhimento e mobilização social, contribuindo para práticas mais humanizadas e coletivas de cuidado.

Outro aspecto importante, refere-se ao sentimento de pertencimento. A ausência de vínculos sociais e comunitários pode intensificar quadros de ansiedade, depressão e sofrimento emocional. Em contrapartida, experiências coletivas que promovem inclusão, reconhecimento e participação social fortalecem a autoestima e a identidade dos sujeitos. Estudos recentes em serviços de atenção psicossocial demonstram que grupos comunitários e práticas educativas participativas contribuem significativamente para processos de reabilitação psicossocial e autonomia dos usuários.

Nesse sentido, a Educação Popular fortalece a construção de espaços democráticos de convivência e cuidado, nos quais o sujeito deixa de ocupar uma posição passiva para assumir papel ativo na transformação de sua realidade. As práticas comunitárias baseadas na solidariedade e no diálogo tornam-se fundamentais para enfrentar os impactos sociais e emocionais produzidos pelas desigualdades contemporâneas.

A relação entre Educação Popular, redes de apoio, pertencimento e saúde mental evidencia a importância das práticas coletivas e comunitárias na promoção do cuidado integral. Ao valorizar os saberes populares, o diálogo e a participação social, a Educação Popular contribui para a valorização dos sujeitos e para a construção de vínculos sociais mais saudáveis.

Além disso, as redes de apoio desempenham função essencial na prevenção do sofrimento psíquico, promovendo acolhimento, solidariedade e integração comunitária. O sentimento de pertencimento, por sua vez, aparece como elemento fundamental para o desenvolvimento emocional e para a construção da cidadania. Assim, fortalecer políticas públicas, práticas comunitárias e espaços participativos torna-se indispensável para a promoção da saúde mental e para a consolidação de uma sociedade mais democrática, inclusiva e humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão apresentada ao longo deste trabalho permitiu compreender que as questões relacionadas à saúde mental ultrapassam explicações centradas apenas na doença ou nos aspectos individuais do sofrimento. As experiências vividas pelos sujeitos em seus diferentes contextos sociais influenciam diretamente suas formas de sentir, se relacionar, construir vínculos e enfrentar dificuldades emocionais. Nesse percurso, situações de exclusão, preconceito, desigualdade, violência simbólica e fragilização das relações sociais aparecem como fatores que atravessam o cotidiano e impactam significativamente a saúde mental.

Diante dessa realidade, a Educação Popular apresenta-se como importante instrumento de transformação social ao valorizar os saberes populares, o diálogo e a participação coletiva nos processos de cuidado. Suas contribuições fortalecem práticas voltadas para autonomia, pertencimento e construção de redes de apoio, favorecendo relações mais

acolhedoras e menos marcadas pela lógica da exclusão e do controle. Ao reconhecer os sujeitos em suas vivências, culturas e trajetórias de vida, essa perspectiva amplia possibilidades de cuidado mais humanas, sensíveis e comprometidas com a dignidade humana.

O texto também demonstra que a luta antimanicomial ultrapassa os limites das instituições psiquiátricas, envolvendo o enfrentamento de diferentes formas de opressão presentes nas relações sociais, como racismo, discriminação, machismo, homofobia e outras desigualdades estruturais. Pensar a saúde mental exige reconhecer que muitas formas de sofrimento são produzidas nas próprias relações humanas e nas condições sociais às quais os indivíduos estão expostos diariamente. Dessa maneira, o cuidado precisa acontecer em liberdade, no território, nos vínculos comunitários e nas experiências coletivas construídas no cotidiano.

Além disso, o período pós-pandêmico ampliou importantes reflexões sobre convivência social, empatia e cuidado coletivo. Embora a pandemia tenha evidenciado fragilidades emocionais, perdas, inseguranças e diferentes formas de sofrimento humano, esperava-se que esse contexto fortalecesse relações mais solidárias e sensíveis à dor do outro. Entretanto, em muitos espaços sociais, ainda é possível perceber o crescimento da intolerância, da individualização das relações e da banalização do sofrimento, fazendo com que muitas pessoas continuem enfrentando suas dores de maneira silenciosa e solitária.

As transformações provocadas pelo mundo virtual também atravessam diretamente essas questões. Embora as redes sociais e os meios digitais possibilitem comunicação, acesso à informação e aproximação entre pessoas, esses espaços também passaram a intensificar comparações, exposições excessivas, discursos de ódio, julgamentos constantes e formas sutis de violência emocional. Em muitos casos, a necessidade de aceitação social, validação e reconhecimento produz sentimentos de inadequação, ansiedade e insegurança, principalmente entre sujeitos que já convivem com experiências de exclusão e fragilidade emocional. Ao mesmo tempo em que o ambiente virtual aproxima, ele também pode ampliar distanciamentos afetivos, superficialidade nas relações e dificuldades na construção de vínculos mais saudáveis.

Diante dessa realidade, torna-se cada vez mais necessária a consolidação de práticas fundamentadas na humanização do cuidado, especialmente nos serviços de saúde, nos espaços educativos e nas relações

comunitárias. Mais do que oferecer atendimentos técnicos, o cuidado em saúde mental exige escuta qualificada, acolhimento, sensibilidade e compromisso ético com as experiências vividas pelos sujeitos. Pequenos gestos de respeito, reconhecimento e escuta podem representar importantes formas de fortalecimento emocional e construção de vínculos, principalmente em uma sociedade marcada pelo excesso de cobranças, pelo distanciamento afetivo e pela naturalização de diferentes formas de violência cotidiana.

Também se torna fundamental fortalecer a formação de profissionais mais preparados, críticos e sensíveis às diferentes realidades humanas, para que práticas relacionadas à empatia, ao acolhimento e ao enfrentamento dos preconceitos continuem ganhando espaço nos serviços de saúde e nos demais contextos sociais. Investir em formação humana, ética e social significa ampliar possibilidades de cuidado mais inclusivas, conscientes e comprometidas com os direitos humanos e com a valorização da vida.

Outro aspecto importante refere-se à necessidade de ampliar debates sobre saúde mental nos diferentes espaços sociais, principalmente nas escolas, comunidades e ambientes de trabalho. Muitas vezes, o sofrimento emocional ainda é tratado de maneira superficial ou cercado por estigmas, dificultando processos de acolhimento e busca por ajuda. Ampliar discussões sobre empatia, escuta e respeito às diferenças torna-se fundamental para construção de ambientes mais saudáveis emocionalmente e mais preparados para lidar com as demandas humanas da contemporaneidade.

Por fim, destaca-se a importância da expansão das políticas de saúde mental, das práticas comunitárias e dos espaços de participação social, garantindo que o cuidado psicossocial seja desenvolvido de maneira ética, inclusiva e comprometida com a dignidade humana. A valorização das redes de apoio, do acolhimento, da convivência e das experiências coletivas torna-se essencial para construção de uma sociedade mais justa, solidária, humanizada e preparada para lidar com as diferentes formas de sofrimento presentes na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; DIAS, João Vinícius dos Santos. **Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 188-199, 2022.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; VELOSO, Thelma Maria Grisi. **Arte e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: experiências coletivas e produção de subjetividade.** Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 2, p. 245-256, 2015.

BRITO, Pedro Nascimento Araujo et al. **Reunir, compartilhar, perceber, agir: um relato de experiência do Observatório de Educação Popular em Saúde e realidade brasileira.** Revista de Educação Popular, Uberlândia, v. 21, n. esp., 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Saúde Mental de Janeiro a Janeiro**. Brasília: CFP, 2023.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. **Educação popular no SUS: desafios atuais no olhar do Observatório de Educação Popular em Saúde e Realidade Brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2024.v29n6/e17132023/. Acesso em: 22 maio 2026.

DIAS, João Vinícius dos Santos. **Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial: desafios contemporâneos do cuidado em liberdade.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33, n. 1, 2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 71. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

MATA, Valter da. **Racismo e saúde mental da população negra.** Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/racismo-e-saude-mental-da-populacao-negra/. Acesso em: 22 maio 2026.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROMANO, Bruna et al. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/220117. Acesso em: 22 maio 2026.
SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.
SILVA, Poliana Einsfeld da; RONSONI, Eglê Ângela. **Educação Popular em Saúde e a promoção de reabilitação psicossocial: relato de experiência de um grupo em um CAPS AD.** Revista de Educação Popular, Uberlândia, v. 21, n. 1, 2022. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/62657. Acesso em: 22 maio 2026.
SOBEL, Rodrigo. **Controle social, medicalização e autonomia nos processos de cuidado em saúde mental.** Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 45-61, 2020.

Produções científicas sobre violência doméstica na Região Norte: uma revisão integrativa

Iara Monteiro Moraes
Amanda Laíssa Ribeiro
Ana Luiza Ribeiro de Lima
Bárbara Araújo Sordi

INTRODUÇÃO.

A violência constitui um fenômeno histórico, complexo e multifacetado, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública. É definida como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, capaz de gerar lesões, morte, sofrimento psicológico, prejuízos ao desenvolvimento ou privação de direitos (OMS, 2002).

Nesse contexto, a violência contra a mulher, enquanto expressão da violência de gênero, tem impactos significativos sobre a saúde física e mental das mulheres brasileiras (Teixeira e Paiva, 2021). Dentre suas manifestações, destaca-se a violência doméstica e familiar, definida pela Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que reconhece cinco formas de violência: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial no âmbito das relações domésticas, familiares ou íntimas de afeto (Brasil, 2006).

A legislação representa um marco histórico ao reconhecer múltiplas formas de violência, romper com sua naturalização e privatização e propor a construção de uma rede de atenção, prevenção e enfrentamento. Entretanto, apesar dos avanços representados pela Lei Maria da Penha, a efetivação dessa rede de atenção ainda apresenta limites no contexto brasileiro. Conforme a Referência Técnica do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2024), a implementação das políticas públicas requer articulação intersetorial e uma perspectiva interseccional que considere desigualdades regionais, sociais, raciais, territoriais e de deficiência. Assim, a rede de atenção não pode operar de forma homogênea, devendo ser pensada a partir das especificidades territoriais para garantir acesso,

acolhimento e proteção às diversas realidades femininas em diferentes regiões.

Na Região Norte do Brasil, a análise da violência doméstica contra a mulher demanda a consideração de particularidades históricas, sociais e territoriais. A Amazônia foi marcada por processos de colonização, exploração econômica e miscigenação forçada, nos quais os corpos de mulheres indígenas, negras e ribeirinhas foram sistematicamente violados, contribuindo para a consolidação de uma sociedade patriarcal e violenta, cujos efeitos persistem nas relações de gênero e na naturalização da violência (Siqueira; Rocha, 2019). Estudos indicam que a violência contra a mulher na região é um problema estrutural, atravessado por marcadores de gênero, geração, raça e classe, agravado por desigualdades socioeconômicas, barreiras geográficas, interculturais, linguísticas e pela fragilidade de políticas públicas sensíveis à diversidade das mulheres amazônidas, incluindo aquelas com deficiência, em situação de rua ou em sofrimento psíquico (CFP, 2024).

Nesse sentido, a interseccionalidade constitui um referencial fundamental para compreender a articulação entre diferentes sistemas de opressão na produção das violências (Medeiros; Zanello, 2018), sendo aprofundada pelo feminismo decolonial, especialmente a partir de Lugones (2014), ao evidenciar a colonialidade de gênero e a hierarquização de corpos e subjetividades no sistema moderno/colonial. No campo da Psicologia, produzir conhecimento situado sobre a violência doméstica contra a mulher configura um compromisso ético, político e científico, considerando o histórico de patologização e silenciamento das mulheres e o atual diálogo com feminismos plurais e abordagens interseccionais e decoloniais (CFP, 2024).

Diante desse cenário, justifica-se a realização desse estudo, que, a partir de um recorte regional, buscou compreender como a violência doméstica contra a mulher tem sido tematizada nas produções acadêmicas da Região Norte, por meio de uma revisão integrativa da literatura nos programas de pós-graduação em Psicologia. Orientado pela pergunta-problema sobre as principais abordagens e produções acadêmicas e suas articulações com as particularidades locais, o estudo objetiva identificar avanços, lacunas e desafios na produção do conhecimento, contribuindo para práticas profissionais e políticas públicas mais sensíveis às realidades nortistas.

REFERENCIAL TEÓRICO.

Decolonialidade e Violência Contra as Mulheres.

Para compreender a violência doméstica na Região Norte do Brasil, é necessário fundamentar-se em autoras que discutam o tema sob diferentes perspectivas. Dessa maneira cabe compreender a historicidade do gênero, partindo da origem do sistema que permite essa violência. O sistema moderno-colonial de gênero foi imposto junto à colonização, com o cristianismo impondo o controle dos corpos, da sexualidade e da reprodução (Lugones, 2014). Nesse sentido, é notório que a colonização instituiu o controle sobre os corpos femininos, especialmente mulheres negras, indígenas e ribeirinhas, de tal maneira que o espaço doméstico se consolidou como um lugar de dominação, fazendo-se valer por um mecanismo estrutural dentro desse processo histórico.

A invasão dos portugueses ocorreu a partir da exploração dos povos, em que as indígenas passam a ser relatadas como profanas, por exibir suas "vergonhas" sem pudor, como também – conforme aponta Zanello (2018) – pelos mecanismos de controle e violência para instituir o casamento monogâmico e patriarcal à indígenas e negras/os.

A noção de pecado, afirma Geni-Nunez (2021), passou a justificar exploração e domínio em relação ao corpo das mulheres, que passou a ser sexualizado, ser coberto ao recato, com argumentos, segundo Sordi (2025), que passaram a surgir como justificativa para violência sexual, amparados pelos aparelhos judiciários ao longo dos anos. Portanto, a invasão colonial ocorreria também no corpo-território, visto como propriedade, conquista masculina e campo de disputa, se presentificando na sexualidade, na culpa, na forma de lidar com a moral, nas relações de poder, isto é, na colonização institucional, relacional, mas também simbólica e psíquica.

Seguindo esse panorama, pode-se perceber que a violência doméstica é um comportamento social, aprendido e sustentado pelas relações de poder que atravessam diversas interseccionalidades, tais como gênero, raça e classe. Segundo bell hooks (2025), a violência é uma prática legitimada pelo patriarcado, de forma que, desde crianças, os meninos são ensinados a um papel social determinado de indivíduo forte e agressivo e as meninas a serem cuidadosas e submissas, diante da ideia de um

papel de gênero a ser exercido socialmente. Assim, é perpetuado o direito de controle e domínio do homem sobre as mulheres, por sua vez, objetificadas, tornando o espaço privado um dos principais palcos de reprodução de violência.

Outrossim, destaca-se que o próprio Estado legitima o modelo de família heterossexual patriarcal como norma, na medida em que invisibiliza e desprotege as mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, criando condições estruturais para a perpetuação da violência, inclusive no espaço doméstico (Curiel, 2013). Logo, a violência doméstica não aparece como um desvio individual, porém, como um efeito de um sistema colonial, heteropatriarcal e estatal que regula corpos, afetos e relações, selecionando quem merece proteção e quem permanece exposta à violência. Tendo em vista as contribuições teóricas, torna-se possível analisar como a violência doméstica se manifesta concretamente no contexto brasileiro, em especial na Região Norte.

Violência Doméstica e Mulheres do Norte.

A violência doméstica é uma das expressões mais perversas das desigualdades de gênero presentes na sociedade brasileira. Trata-se de uma violação sistemática dos direitos humanos, que ultrapassa os limites do espaço privado e compromete a dignidade, a liberdade e a vida de milhares de mulheres. De acordo com a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, a violência doméstica é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher (Brasil, 2006). Apesar dos avanços legais, os dados revelam a permanência e, em certos contextos, até o agravamento desse fenômeno.

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), em 2022 foram registrados mais de 245 mil casos de lesão corporal dolosa em contexto de violência doméstica, com um feminicídio a cada seis horas. Esses números alarmantes demonstram que a violência contra a mulher não é um evento isolado ou circunstancial, mas um problema estrutural e cultural. Como afirma Pierre Bourdieu (2002), a dominação masculina é um sistema simbólico enraizado que naturaliza a subordinação feminina, reproduzindo a lógica patriarcal nas relações sociais, inclusive nas mais íntimas. A casa, espaço que deveria simbolizar acolhimento e proteção, transforma-se, para muitas mulheres, em território de medo e opressão.

A socióloga Heleieth Saffioti (2004) aponta que a violência contra a mulher não pode ser compreendida apenas como ato individual do agressor, mas como expressão de um sistema de gênero que legitima a desigualdade e o controle sobre os corpos femininos. Esse entendimento é essencial para que se vá além do combate pontual à violência e se promova a transformação de uma cultura ainda baseada em padrões misóginos. Embora a Lei Maria da Penha represente um marco jurídico importante, a sua efetividade ainda encontra obstáculos, como a insuficiência de delegacias especializadas, o despreparo de parte dos profissionais da segurança pública e do Judiciário, e a carência de políticas públicas que garantam o acolhimento seguro das vítimas, afetando de forma ainda mais intensa regiões como o Norte, em razão do distanciamento geográfico, que dificulta o acesso às redes de proteção já existentes.

Vale ressaltar que, segundo o Instituto Igarapé (2024), as mulheres da Amazônia Legal sofrem proporcionalmente mais com violências letais e sexuais do que as mulheres em outras regiões do Brasil, revelando desigualdades estruturais específicas na área, como o isolamento, ausência estatal e escassez em serviços de proteção. Ademais, consta-se que mulheres negras e indígenas são desproporcionalmente afetadas, assim como crianças e adolescentes, que correspondem a uma parcela alarmante de casos de violência sexual. Portanto, trata-se de um fenômeno marcado por dimensões racistas e coloniais, configurando-se como uma urgência pública. Portanto, a região apresenta-se como um território historicamente atravessado por múltiplas formas de violência e exploração.

Além disso, é importante destacar que a probabilidade de um comportamento ocorrer novamente é definida pelas suas consequências (Skinner, 2005). Dessa maneira a violência doméstica tende a ser reforçada pela ineficiência estatal sobre a proteção das vítimas e implementação de medidas preventivas e protetivas, diante do aumento de casos no país, sobretudo, na Região Norte. Conforme a pesquisa nacional realizada em 2023 pelo Instituto de Pesquisa DataSenado, o índice de brasileiras que têm uma amiga, familiar ou conhecida que já sofreu violência doméstica é maior entre as tocantinenses (75%), acreanas (74%) e amazonenses (74%). Ademais, no que se refere ao vínculo com o agressor, 52% das brasileiras afirmam que ele era marido ou companheiro na época da agressão, evidenciando a gravidade e a carência de consequências legais.

Para além do aparato legal, é fundamental que o enfrentamento à violência doméstica envolve ações educativas de longo prazo. A Base Nacional Comum Curricular (Brasil, 2017) prevê a abordagem das questões de gênero na educação básica, o que pode contribuir para a formação de uma nova geração mais igualitária e consciente. No entanto, a resistência à inclusão dessas temáticas no ambiente escolar ainda é grande em diversas regiões do país, o que evidencia a disputa ideológica em torno dos direitos das mulheres e do reconhecimento das desigualdades estruturais.

Ademais, a responsabilização do agressor deve vir acompanhada do fortalecimento de redes de apoio às mulheres. Muitas vítimas permanecem em relações abusivas por falta de autonomia financeira, medo da retaliação ou ausência de alternativas seguras para sair desse ciclo. Como destacam Pasinato e Santos (2020), uma resposta efetiva à violência doméstica deve ser intersetorial, envolvendo áreas como saúde, assistência social, educação e justiça. Isso requer investimento estatal contínuo, capacitação profissional e sensibilidade política, o que muitas vezes não é garantido.

Em síntese, a violência doméstica contra a mulher é mantida pela sociedade, de maneira que só será superada com a transformação das bases culturais que a sustentam. Logo, investigar e intervir sobre idealizações do amor romântico e de padrões performativas e essencialistas de gênero, investigar padrões transgeracionais de naturalização de violências de gênero, compreender as redes sociais que podem incentivar sua permanência (familiar, religiosa etc.), investigar o ciclo da violência e conhecer as redes de proteção local se tornam pontos cruciais. Além disso, reconhecer dinâmicas distintas conforme o contexto territorial, é condição necessária e urgente para estratégias de enfrentamento, que não podem ser meramente padronizadas. Na Região Norte, fatores como isolamento geográfico, desigualdades socioeconômicas e fragilidade da presença estatal intensificam a vulnerabilidade das mulheres e dificultam o acesso à proteção. Assim, a elaboração de planos de enfrentamento contextualizados, sensíveis às especificidades regionais e interseccionais, constitui condição fundamental para a efetivação dos direitos das mulheres e para a interrupção do ciclo da violência.

Portanto, mais do que punir agressores, é necessário desconstruir valores que legitimam a violência como forma de controle e subordinação.

Isso implica não apenas aplicação eficaz das leis, mas também a construção de uma sociedade pautada na equidade de gênero, no respeito à diversidade, na e na valorização da vida das mulheres. Desse modo, evidencia-se a necessidade de um olhar específico para a Região Norte do país.

METODOLOGIA.

Este trabalho é uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Este tipo de revisão permite a síntese e apresentação crítica das produções científicas a respeito de um tema (Dantas *et al.*,2022), o que permite uma compreensão abrangente do fenômeno a ser analisado. Para a condução de uma RIL é necessário seguir alguns passos: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) Busca na literatura; 3) Coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos resultados; 6) Apresentação da revisão.

A partir destes, delimitou-se a pergunta norteadora, fase fundamental, pois leva-se em consideração que uma pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição correta de informações necessárias (Bernardo *et al.,* 2005). Diante disso, a pergunta de pesquisa formulada foi: "Quais são as principais abordagens e produções acadêmicas sobre mulheres vítimas de violência doméstica na região norte, e como essas pesquisas refletem as particularidades locais dessa vivência? "

Com intuito de realizar uma busca adequada ao objetivo deste trabalho foram definidos os seguintes critérios de inclusão: a) Teses e dissertações disponíveis na íntegra e gratuitamente; b) Trabalhos publicados entre 2020 e 2025 c) Pesquisas desenvolvidas na região norte do Brasil; e) Pesquisas que tratem sobre violência doméstica em contexto nortista; f) Trabalhos que continham os descritores "mulheres; violência doméstica; violência doméstica e familiar; Amazônia; Norte". A respeito dos critérios de exclusão, foram excluídos deste trabalho: a) Artigos, capítulos de livros, resumos e Trabalhos de Conclusão de Curso; b) Pesquisas que não abordaram o tema da violência doméstica no contexto amazônico; c) Trabalhos em outros idiomas, que não a Língua Portuguesa; d) Trabalhos que não foram desenvolvidos em Programas de Pós-graduação em Psicologia.

Posterior a definição dos critérios de inclusão e dos descritores, foi necessária a identificação de estudos em diferentes bases de dados bibliográficos. Sendo assim, as bases selecionadas foram repositórios institucionais das universidades federais da região Norte que possuem programas de pós-graduação em Psicologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO.

A partir de ideais de Freire (2014) que compreende o conhecimento , incluindo o científico, como um instrumento de libertação e transformação social, de suma importância para grupos historicamente vulnerabilizados, como as mulheres, este trabalho propõe-se a analisar produções científicas recentes acerca da violência contra a mulher, com foco às especificidades da região amazônica, buscando identificar lacunas, potencialidades e contribuições do conhecimento para o fortalecimento de políticas públicas, práticas de cuidado e estratégias de enfrentamento da violência nesse contexto. Desse modo, o processo de seleção dos trabalhos está descrito na Figura 1.

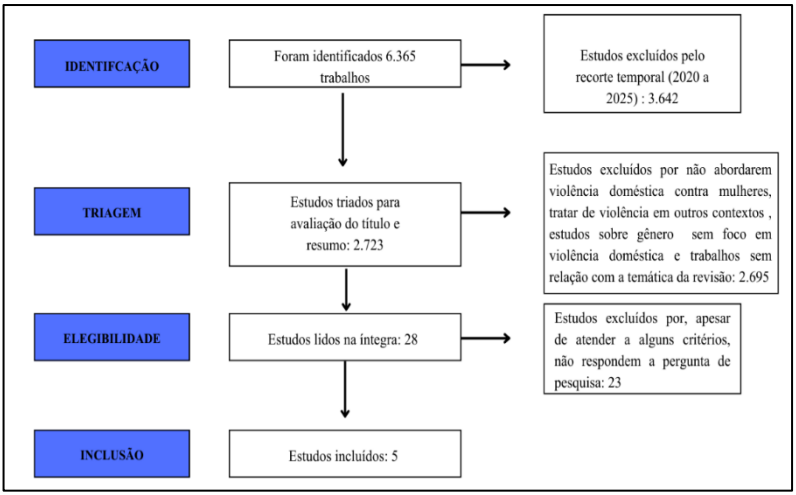
A priori, realizou-se uma busca institucional com o objetivo de identificar quantas universidades públicas da Região Norte do Brasil possuíam programas de pós-graduação em Psicologia. Na Região existem 10 universidades federais. Dessas, 7 oferecem o curso de graduação em Psicologia, o que demonstra um avanço importante na formação de psicólogos/as na região. No entanto, quando se observa a pós-graduação stricto sensu em Psicologia (mestrado e/ou doutorado), esse número se reduz ainda mais. Atualmente, apenas 3 universidades federais da Região Norte possuem Programas de Pós-graduação em Psicologia. São elas: a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), a Universidade Federal do Pará (UFPA), com o Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) e o Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) que oferecem tanto mestrado quanto doutorado, e a Universidade Federal de Rondônia (UNIR), no PPGPSI, com mestrado.

Sob esse viés, visto que não houve dissertações da UNIR incluídos nesta revisão, este resultado revelou uma predominância de produções acadêmicas nos estados do Pará e do Amazonas, na qual há uma distribuição desigual, onde a oferta de cursos de pós-graduação não

acompanha a de graduação nos outros estados, centralizando a formação acadêmica e limitando o desenvolvimento da área no contexto nortista, resultando em uma produção ainda incipiente e geograficamente restrita às capitais, com escassa representatividade dos municípios do interior.

Posterior a esse momento, a busca nas bases de dados institucionais foi feita na qual se identificaram 6.365 estudos nas bases de dados. Desses, 3.642 foram excluídos pelo recorte temporal (2020–2025), restando 2.723 para a etapa de triagem. Na triagem, 2.695 estudos foram excluídos por não abordarem violência doméstica contra mulheres ou não apresentarem relação com a temática da revisão. Assim, 28 estudos foram lidos na íntegra, dos quais 23 foram excluídos por, apesar de atender os primeiros critérios, não respondem a pergunta de pesquisa. Ao final, 5 estudos atenderam aos critérios e foram incluídos na revisão. Vale salientar que a busca manual foi finalizada em julho de 2025, logo trabalhos adicionados aos repositórios posteriormente a esse período não foram contemplados por essa revisão.

Figura 1- Fluxograma da seleção de publicações.



Fonte: Autoria própria (2025).

A revisão identificou cinco trabalhos acadêmicos (Amorim, 2022; Paiva, 2023; Rodrigues, 2023; Da Silva, 2024; Silveira, 2024) sobre a temática de violência doméstica contra mulheres. Dos quais quatro são

dissertações de mestrado (Paiva, 2023; Rodrigues, 2023; Da Silva, 2024; Silveira, 2024) e uma tese de doutorado (Amorim, 2022).

Os trabalhos de Paiva (2023) e Da Silva (2024) estão ligados ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, enquanto os de Amorim (2022), Rodrigues (2023) e Silveira (2024) são dos Programas de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Conforme detalhado na Tabela 1, observa-se uma predominância metodológica de natureza qualitativa (4/5), com ênfase em entrevistas semiestruturadas e análises temáticas e documentais. Apenas um dos trabalhos analisados adotou a abordagem quantitativa. Outra característica observada é que 4 dos 5 estudos foram realizados com participantes mulheres, apenas um estudo apresentou participantes homens. Este cenário evidencia que, apesar das profundas desigualdades e violências que estruturam as relações de gênero, há uma baixa implicação masculina nos processos de luta e transformação social, o que inclui a produção científica.

TÍTULO	AUTORA E INST.	OBJETIVO	PARTICIPANTES	METODOLOGIA
Mulheres da baixada: vulnerabilidades no território, violência doméstica e emancipação	Eliany Nazaré Rodrigues Rodrigues, UFPA	Identificar e analisar as possíveis estratégias de enfrentamento e emancipação das mulheres da Baixada do Ambrósio.	Mulheres da Baixada de Ambrósio em Santana, Amapá	Qualitativa (pesquisa-ação)
Discursos de mulheres idosas que sofreram violência familiar e são alunas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade em Manaus,	Elza Beatriz Barros de Paiva, UFAM	Compreender os discursos de mulheres idosas que sofreram violência familiar e são alunas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade em Manaus, Amazonas, à luz da Teoria dos Dispositivos de Zanello (2018) e da Interseccionalidade, a partir de Nogueira (2017) e	Mulheres idosas (60+) participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade	Qualitativa (questionário e entrevista semiestruturada)

Amazonas.		Akotirene (2020), além de repercussões vividas no contexto da pandemia.		
Violência por parceiro íntimo e apego em homens autores de agressão contra mulher	Laura Gemaque Silveira, UFPA	O objetivo desta pesquisa foi correlacionar as dimensões do apego e a ocorrência de violência física e psicológica por parceiro íntimo em homens de um grupo reflexivo para autores de violência doméstica e homens da população geral, e comparar os grupos quanto às dimensões do apego e a ocorrência de violência.	80 homens divididos em dois grupos: população em geral e autores de violência.	Quantitativo
Comportamentos abusivos e/ou violentos em relacionamentos íntimos a partir da perspectiva de mulheres amazônidas	Letícia Moura Patrício da Silva, UFAM	Analisar as experiências de relações abusivas na vida de mulheres amazônidas. Além de identificar os tipos de violência presentes nas relações abusivas das participantes, conhecer as influências dos dispositivos de gênero que sustentam a relação e permanência das mulheres e descrever os efeitos de uma relação amorosa na vida atual das participantes.	Mulheres de diferentes regiões da Amazônia brasileira	Qualitativa (entrevista semiestrutturada)
Contribuições da Ciência Culturo-Comportamental para a análise de Redes de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência	Virgínia Cordeiro Amorim, UFPA	Analisar práticas culturais nas redes de atendimento à mulher em situação de violência, a partir da perspectiva da seleção de contingências comportamentais entrelaçadas (CCEs), produtos agregados (PAs) e do conceito de metacontingência.	Não se aplica	Pesquisa documental

Como apresentado na Tabela 1 acima, o estudo de Rodrigues (2023) adotou uma abordagem qualitativa, por meio da pesquisa-ação

participativa, articulando investigação e intervenção a partir da prática profissional no Juizado de Violência Doméstica de Santana/AP. Ancorado na psicanálise em diálogo com os estudos feministas e de gênero, especialmente os conceitos de abjeção de Judith Butler , e interseccionalidade em perspectiva crítica, o trabalho compreendeu a violência doméstica como um fenômeno histórico, estrutural e atravessado por múltiplas opressões. As participantes foram mulheres em situação de violência, moradoras de um território periférico, sendo a rede de atendimento analisada indiretamente.

Os resultados evidenciaram a articulação entre desigualdades de gênero, pobreza, racismo e vulnerabilidade social na Região Norte, destacando o território periférico como elemento central na produção da violência, associado ao patriarcado e à naturalização das agressões. O estudo identificou barreiras de acesso à rede de proteção, como fragmentação do atendimento, descontinuidade dos processos judiciais e reprodução de violências institucionais, além de múltiplas formas de violência, incluindo psicológica, física, sexual, patrimonial, moral, institucional e simbólica. Como contribuição, ampliou a compreensão da violência ao articular subjetividade, território e estrutura social, embora aponte lacunas relacionadas à fragilidade das políticas públicas e à insuficiente incorporação da interseccionalidade.

Já a dissertação de Paiva (2023) analisou a violência doméstica contra mulheres idosas na Região Norte a partir de uma abordagem qualitativa, interseccional e discursiva. O estudo, realizado com sete mulheres idosas da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, em Manaus, utilizou entrevistas semiestruturadas analisadas pela Análise de Discurso de Pêcheux, articulada à Teoria dos Dispositivos de Valeska Zanello e à interseccionalidade. Os resultados evidenciaram trajetórias marcadas pela recorrência da violência, frequentemente naturalizada como inevitável, revelando dispositivos culturais que deslocam o fenômeno de explicações individuais para compreensões estruturais. As intersecções entre gênero e geração ampliaram a vulnerabilidade das participantes, associadas à dependência financeira, apropriação de aposentadorias por familiares, baixa escolaridade e subnotificação da violência. Elementos culturais como o patriarcado amazônico e a religiosidade popular emergiram de forma ambígua, ora como estratégia de enfrentamento, ora como reforço da submissão feminina.

A pesquisa evidenciou múltiplas formas de violência, destacando os dispositivos amoroso e materno como sustentadores da tolerância ao abuso, ao passo que estratégias de resistência incluíram espiritualidade, apoio entre pares e participação institucional. Apesar de limitações metodológicas, o estudo contribuiu ao visibilizar a violência contra mulheres idosas na Amazônia e ao apontar o impacto da pandemia como catalisador de novas formas de violência e de precarização do atendimento.

Silveira (2024), por sua vez, desenvolveu uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, fundamentada na teoria do apego, com 80 homens, sendo metade autores de violência doméstica. Embora realizada na Região Norte, a pesquisa não explorou aspectos regionais, culturais ou territoriais, o que limitou a articulação dos achados com as especificidades amazônicas. A violência por parceiro íntimo foi compreendida como fenômeno estrutural e social, sustentado por desigualdades de gênero, sendo abordadas as violências física, psicológica e sexual. Destacou-se a invisibilidade da violência psicológica, sugerindo sua naturalização. Entre as contribuições, ressaltou-se a importância dos grupos reflexivos com homens autores de violência e a necessidade de políticas públicas de prevenção e ressocialização, permanecendo como lacuna a ausência de um marco feminista e territorial mais aprofundado.

Em outra direção, Da Silva (2024) investigou qualitativamente as experiências de mulheres amazônidas em relações abusivas, a partir de entrevistas semiestruturadas com dez mulheres adultas em Manaus. Fundamentada em referenciais feministas e decoloniais, a dissertação compreendeu a violência doméstica como fenômeno estrutural e de gênero, sustentado por dispositivos socioculturais, especialmente os dispositivos amoroso e materno, articulados às heranças coloniais, à moral cristã e ao patriarcado. O estudo incorporou explicitamente as especificidades regionais, destacando desigualdades de gênero, invisibilidade de mulheres negras e indígenas, erotização histórica dos corpos indígenas, dependência financeira, baixa escolaridade e dificuldades de acesso à informação e aos serviços de proteção. A violência psicológica foi identificada como a mais frequente, seguida das violências física, sexual e patrimonial, com impactos significativos na saúde mental. Como contribuição, o trabalho deu visibilidade às vivências das mulheres amazônidas, embora aponte lacunas relacionadas à exclusão de mulheres lésbicas, trans, pcds e indígenas.

A tese de Amorim (2022) analisou as redes de atendimento às mulheres em situação de violência a partir da Ciência Cultura-Comportamental, com base em revisão bibliográfica, análise documental e análise de metacontingências. O estudo abordou a violência doméstica como um problema estrutural, resultante de práticas culturais, legislações e articulações institucionais, analisando a Lei Maria da Penha, a Casa da Mulher Brasileira e a organização das redes de atendimento. Embora reconheça as desigualdades de gênero, a tese não aprofunda o diálogo com os referenciais feministas nem se dedica às especificidades da Região Norte, mantendo uma análise nacional e institucional. Suas contribuições incluem a identificação de lacunas normativas e organizacionais e recomendações para o aprimoramento das redes, inclusive em municípios sem serviços especializados.

De modo geral, ainda que perante a poucos estudos dentro da temática da violência doméstica, foi possível observar pontos importantes a serem debatidos. Fortalecendo o debate do CFP (2024) em sua Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) no Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, salienta-se a validade em se discutir o assunto dentro do campo da Psicologia, entre os trabalhos incluídos na revisão a utilização de referenciais do campo da Psicologia usados para a problematização da violência doméstica chama atenção, como no caso de Rodrigues (2023) com a psicanálise e de Amorim (2022), a partir da perspectiva da Ciência Cultura-Comportamental, demonstrando que a Psicologia e seus diferentes referenciais possuem muito a oferecer em debates críticos e interseccionais.

Além disso, um fator de convergência aqui encontrado são as condições econômicas sendo citadas enquanto fatores de risco para a ocorrência da violência doméstica, aqui exemplificada por Rodrigues (2023), Paiva (2023) e Da Silva (2024) de forma mais explícita, enfatizando assim a importância de considerar a renda como uma intersecção que influencia diretamente no fenômeno da violência, para que possa ser pensada com maior incidência a respeito da autonomia financeira para todas as mulheres como fator de proteção. Seguindo nessa linha, foi possível observar o debate em todos os trabalhos analisados sobre a insuficiência das políticas já existentes para a extinção da violência doméstica contra a mulher.

Diante desse cenário, reafirma-se a imprescindibilidade de ações que ultrapassem a mera aplicação das leis, abrangendo a construção de uma sociedade comprometida com a equidade de gênero, o respeito à diversidade e a valorização da vida das mulheres. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de um olhar atento e contextualizado para a Região Norte do país, ao levarmos em consideração todas as suas especificidades já aqui mencionadas. Outrossim, apesar dessa revisão ter enfoque no olhar sobre a mulher, chama-se atenção ao trabalho de Silveira (2024) que realiza um estudo com homens autores de agressão contra a mulher, podendo levantar um debate de que para a construção de políticas públicas em prol da erradicação da violência é necessário ter um olhar pluridimensional acerca do fenômeno.

Em síntese, os estudos analisados evidenciam diversidade de referenciais teóricos, com predomínio de abordagens qualitativas, críticas e territorializadas, embora nem todas incorporem perspectivas feministas ou interseccionais de forma consistente. A violência doméstica é compreendida majoritariamente como um fenômeno estrutural e de gênero, manifestando-se em múltiplas formas – psicológica, física, sexual, patrimonial, moral, institucional e negligência –, com destaque para a invisibilidade da violência psicológica. As principais lacunas referem-se à ausência de interseccionalidades aprofundadas, especialmente em relação à raça, sexualidade e povos tradicionais, à baixa representatividade de mulheres indígenas, negras, lésbicas e trans, ao reduzido número de participantes e à escassez de estudos que considerem as especificidades geográficas e culturais da Região Norte, seja no meio urbano ou rural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa realizada evidencia os avanços na produção científica sobre violência doméstica na Região Norte. Contudo, persistem desafios significativos, evidenciados pelo baixo número de estudos sobre a temática e pela ausência de abordagens interseccionais consistentes. As contribuições mais potentes vêm justamente dos estudos que reconhecem a interseccionalidade como ferramenta analítica e política, ao compreender a violência não como fenômeno isolado, mas como expressão de desigualdades históricas e estruturais.

Compreender a violência doméstica a partir de perspectivas nortistas exige um olhar que ultrapasse os limites da denúncia e da patologização, comprometendo-se com práticas de escuta, resistência e transformação social. Este trabalho reafirma a importância de fortalecer redes de pesquisa regionalizadas, com base nos saberes feministas e decoloniais, como forma de ampliar o debate e gerar respostas mais efetivas e contextualizadas. É necessário promover políticas públicas comprometidas com o enfrentamento da violência de gênero nos territórios amazônicos, construídas por sujeitos que conhecem e vivenciam essas realidades.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Virgínia C. **Contribuições da Ciência Culturo-Comportamental para a análise de redes de atendimento às mulheres em situação de violência**. 2022. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2022.

BERNARDO, Wanderley M.; NOBRE, M. R.; JATENE, Fábio B. Evidence-based clinical practice. Part II--Searching evidence databases. **Revista da Associação Médica Brasileira** (1992**)**, v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/s0104-42302004000100045 .

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília: Ministério da Educação, 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência.** Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2024.

CURIEL, Ochy. **La nación heterosexual: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación.** Buenos Aires: Prometeo Libros, 2013.

DANTAS, H. L. de L. *.et al*. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 334–345, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.334-345

DATASENADO. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: pesquisa nacional**. Brasília: Senado Federal, 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, 2023.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra, 2014.

NÚÑEZ, Geni. **Descolonizando afetos: experimentações sobre outras formas de amar.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2023.

HOOKS, bell. **A vontade de mudar: homens, masculinidades e amor**. Tradução de Manu Quadros e Lubi Prates. São Paulo: Editora Elefante, 2025.

INSTITUTO IGARAPÉ; UMA CONCERTAÇÃO PELA AMAZÔNIA. **A violência contra mulheres na Amazônia Legal nos últimos cinco anos em comparação com o restante do país**: **violência letal desproporcional e escalada mais acentuada das violências não letais**. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2024. Disponível em: < https://igarape.org.br/a-violencia-contra-mulheres-na-amazonia-legal-nos-ultimos-cinco-anos/ >.

LUGONES, Maria. **Rumo a um feminismo descolonial**. Estudos Feministas, v. 22, n. 3, p. 935-952. 2014.

MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. **Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas.** 2018 Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PAIVA, Elza Beatriz Barros de. **Discursos de mulheres idosas que sofreram violência familiar e são alunas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade em Manaus, Amazonas**. 2023. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2023.

PASINATO, Wânia; SANTOS, Cecília M. **Violência contra as mulheres e a efetividade da Lei Maria da Penha**. Revista Direito GV, São Paulo, v. 16, n. 1, 2020.
RODRIGUES, Eliany N. R. **Mulheres da baixada: vulnerabilidades no território, violência doméstica e emancipação**. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2023.
SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano** [1953]. Trad. J. C. Todorov; R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
SILVA, Letícia Moura Patrício da. **Comportamentos abusivos e/ou violentos em relacionamentos íntimos a partir da perspectiva de mulheres amazônidas**. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2024.
SILVEIRA, Laura G. **Violência por parceiro íntimo e apego em homens autores de agressão contra a mulher.** 2024. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2024.
SIQUEIRA CA, ROCHA S. Psychological Violence against Women: a bibliographic analysis of the cause and consequence of this phenomenon. **Rev Arq Cient**. 2019;2(1):12-23.
SORDI, Bárbara Araújo. **Tessituras para descolonização da psicologia: grupos feministas como dispositivo de contracolonialidade.** 1. ed. São Paulo: Todas as Musas, 2025.
TEIXEIRA, Júlia M. da S.; PAIVA, Sabrina P. **Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310214, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310214.
ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018. 301 p. ilus. ISBN 978-85-473-1028-8.

Epistemologias da carne: a arte como prática de reexistência nas ruas de Belém

Cleber Silva de Oliveira
Lorena Schalken de Andrade

INTRODUÇÃO.

Escrever este capítulo não é um exercício de distanciamento, mas um gesto de escavação arqueológica de territórios híbridos. Para Cleber, primeiro autor e pesquisador-artista, este texto carrega o suor do trabalho artístico e a poesia do asfalto percorrido muito antes da academia; é um retorno às próprias raízes de vulnerabilidade para dar sentido a uma prática que não cabe em protocolos frios. Para Lorena, coautora e interlocutora nesta escrita, o desafio é o de tecer, junto ao relato vivo e as experimentações de campo, as linhas teóricas que sustentam a arte como dispositivo de saúde e dignidade humana.

Partimos do entrecruzamento da arte e da psicologia, compreendendo que fazer arte em contextos de vulnerabilidade, transborda o campo da estética e ganha sentidos ético-políticos. Assim, apresentar uma proposta que rompa com a hegemonia do saber acadêmico, nos leva a refletir que todos produzimos conhecimento com potência discursiva de articulação social, principalmente quando consideramos os aspectos da interseccionalidade na busca por compreender os sistemas de opressões e, ao mesmo tempo, nosso compromisso com práticas de liberdade e justiça social (Crenshaw, 2002; Sawaia, 2001; Santos; Santos, 2022).

Neste sentido, expandir a compreensão de processos vivenciados por pessoas em situação de vulnerabilidade é construir justiça social por meio das linguagens da rua, fissurando a estrutura ocidental da academia, muitas vezes limitada a explicações situacionais, para alcançar uma complexidade social e histórica fundamentada nas vivências e potencialidades de reorganização subjetiva e coletiva. Partimos da ideia de que as narrativas orais e a vida destas pessoas também são compostas por experiências e formas de resistência.

É nesse ponto que a resistência se transmuta em Reexistência (Souza, 2009), sendo a capacidade de inventar novos modos de vida e produzir

presença onde o sistema projeta o apagamento. Reexistir, portanto, é o gesto de transformar a 'carne' marcada pela exclusão em corpo-político e poético, capaz de narrar a si mesmo e de reivindicar o seu lugar no mundo. Desta forma, compreendemos que a vida nas ruas de Belém não se resume a uma luta pela sobrevivência biológica, mas sim a uma produção contínua de estratégias de vida que desafiam o apagamento social imposto pelas violências e desigualdades estruturais. Reexistir, aqui, significa a capacidade de produzir presença, beleza e saber onde o sistema projeta apenas ausência e descarte.

Nossa escrita não busca o conforto do enquadramento acadêmico tradicional. Ela se fundamenta no que chamamos de *Epistemologias da Carne: um saber visceral que emerge das marcas da vivência*. Este trabalho busca olhar para práticas de arte na saúde através das trajetórias de Luciana, André e Antônio Sena, sujeitos que a cidade tenta apagar, mas que se revelam intelectuais da própria existência. O que se segue é uma Cartografia (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009) dessas experiências de vida, utilizando o encontro como método para fazer aparecer o que o sistema insiste em tornar invisível.

Ao adentrarmos o cotidiano da Casa, em Belém, percebemos que o encontro entre a memória e o presente exige uma nova curva no papel do arte-educador. Não se trata de "estudar um objeto", mas de reconhecer sujeitos que a cidade tenta apagar e que, no entanto, revelam-se intelectuais da própria existência. O que se segue nestas páginas é uma *cartografia* dessas vidas como o método principal para fazer aparecer o que é (in)visível.

A seguir, apresentamos o diálogo entre o território e as vidas de quem transita pela Casa.

O TERRITÓRIO DAS VIDAS PEQUENAS.

Chamamos de *"Vidas Pequenas"* as histórias que se movem dentro de outros buracos. Pequenas não por falta de grandeza, mas porque foram comprimidas, empurradas para baixo, reduzidas ao mínimo de espaço e direito. A Casa Rua funciona em um espaço antigo, uma casa de dois pavimentos com características da arquitetura colonial de Belém. Ao lado da entrada principal, abre-se um corredor lateral longo e estreito, ao ar livre. Esse corredor é, além de um espaço de trânsito, também de

permanência, onde as pessoas em situação de rua muitas vezes se abrigam, conversam ou esperam pelas oficinas e outras programações.

A casa tem em sua estrutura, ao lado do portão principal, antes da escada, a entrada para o porão, originalmente destinado ao setor administrativo e ao descanso dos funcionários e que, com o passar do tempo, foi se transformando em local de acolhimento. Descer os degraus para o subsolo também pode ser entrar em uma fenda lateral da existência, um local onde escondemos quem estava sendo perseguido, guardamos documentos de pessoas

No subsolo da Casa Rua, onde o calor era muitas vezes abissal, a técnica dava lugar ao que chamamos de *Gambiologia Orgânica*.[1] Ali se construía a "história dentro da história". Entre reuniões e o improviso de um quartinho com mimos infantis, o espaço oferecia o luxo do repouso: mães vindas da rua podiam deitar seus bebês e, em uma rede, descansar por alguns minutos das dores profundas da vida ao relento. É nesta fenda da existência, onde o calor abissal do subsolo encontra o acolhimento das redes, que o conceito de *corpo-território* se materializa. Criado a partir das lutas de mulheres dos povos originários e comunidades tradicionais (Coradin; Oliveira, 2024), este conceito ensina que o corpo é o primeiro espaço que habitamos e o primeiro território de resistência contra o extrativismo colonial.

Nas ruas de Belém, essa perspectiva ganha uma urgência: para sujeitos em situação de rua, cujos direitos geográficos foram cassados, a carne torna-se a última fronteira de soberania. Defender o corpo na rua é, simultaneamente, defender o território da própria história contra o apagamento sistemático. Para quem habita a rua e não possui armários para guardar seus pertences, a própria carne torna-se o território político e geográfico fundamental. O corpo não apenas ocupa o espaço da Casa Rua, ele é o território em disputa, carregando nas cicatrizes e na memória a cartografia de uma reexistência que desafia o apagamento imposto pelo estado. Aqui, o subsolo deixa de ser uma fenda para se tornar o alicerce de uma narrativa onde a vida é o próprio chão.

Adentramos então, os traçados metodológicos que permitem transformar o improviso da sobrevivência em tecnologia política e a carne marcada em narrativa de primeira pessoa.

[1] A arte de transformar escassez em invenção.

CAMINHOS CARTOGRÁFICOS DE REEXISTÊNCIA.

As vivências**,** as cenas e os encontros registrados ao longo de dois anos de imersão na Casa Rua, formam o corpo empírico desta pesquisa. Mais do que observar, vivemos o cotidiano do campo, presenciamos os fluxos da rua, ouvimos histórias e intervimos artisticamente, compreendendo estes atravessamentos como parte do próprio método. Destacamos aqui que, o recorte temporal desta experiência contempla os anos de 2024 a 2025, período de realização do mestrado acadêmico em Artes do primeiro autor na UFPA e a atuação do Projeto de Extensão vinculado ao Curso de Psicologia da UNIFAMAZ onde a segunda autora está como professora.

Sem a pretensão de descrever técnicas frias, apresentamos uma cartografia implicada, onde os *corpos-pesquisadores* são afetados pelo campo: nós sentimos, nos assustamos e rimos com o inesperado da rua. Esta abordagem combina a imersão no cotidiano (2024-2025) com o registro sistemático em diários de campo, por meio de escrita e imagens, bem como produções artísticas coletivas. Nomeamos esse fazer de *Gambiologia Orgânica*: a tecnologia de transformar a escassez de recursos em invenção estética e política, garantindo que o percurso metodológico seja, acima de tudo, uma sustentação ética do encontro.

Assim, a investigação utilizou:

> **Vivência Cotidiana:** Imersão no subsolo da Casa Rua e nas praças de Belém, onde a observação participante deu lugar ao vínculo afetivo; **Mediação Artística:** Oficinas de teatro, artes plásticas e cinema utilizadas como dispositivos de escuta qualificada e redução de danos; **Narrativas Biográficas:** Relatos orais que, ao serem compartilhados ao longo da mediação artística, transformam-se em "epistemologias da carne", desafiando a lógica colonial de quem pode ou não produzir conhecimento.

Este percurso metodológico, pretende a sustentação de uma ética do encontro. Buscamos mapear as dores e as potências de reexistência que emergem na mediação entre a arte e a psicologia, reconhecendo o suporte necessário para que a vida se narre em primeira pessoa.

EPISTEMOLOGIAS DA CARNE.

Antes de darmos nomes e rostos às trajetórias que fundamentam este trabalho, é preciso assentar o chão teórico que pisamos. O que apresentamos aqui não é um aprendizado *com* a rua, propondo o conceito de *Epistemologias da Carne* para descrever um saber que é vivido e marcado pelas cicatrizes, pela fome, pelo uso de substâncias e pela resistência cotidiana.

Essa perspectiva encontra ressonância na inspiração merleau-pontyana da *Ontologia da Carne*. Para Merleau-Ponty (1964/2000), a carne não é mera substância biológica, mas o 'elemento' do Ser e o tecido sensível que nos une ao mundo; uma zona de reversibilidade onde o corpo que toca é, simultaneamente, tocado pelo mundo. Transmutamos a 'carne' marcada pela exclusão em corpo-político e poético, assumimos que o conhecimento produzido nas ruas de Belém não é uma abstração intelectual, mas uma manifestação dessa carne do mundo que sente, sofre, resiste e reexiste. Aqui, o saber é visceral porque o *corpo-pesquisador* e o corpo de quem habita a rua se afetam mutuamente, borrando as fronteiras entre sujeito e objeto em uma cartografia da presença e do encontro.

Esta cartografia do encontro, fundamentada na reversibilidade sensível entre quem pesquisa e quem habita a rua, ganha contornos políticos urgentes ao ser atravessada pelo pensamento de Santos (2023). Se a ontologia merleau-pontyana nos revela um tecido comum que nos une ao mundo, Bispo nos convoca a reconhecer que, para os corpos marcados pela exclusão, o saber não é uma abstração intelectual, mas algo que emerge da experiência, do território e da oralidade. Assim, a carne deixa de ser apenas o alvo da violência para tornar-se o território soberano de onde emana a sabedoria que desobedece à lógica colonial de silenciamento

Nesse sentido, a validade desse conhecimento não reside nos diplomas, mas na força da oralidade, compreendida aqui como um sistema complexo de pensamento (MORIN, 2001) capaz de sustentar a existência cotidiana. Ao reivindicarmos que a teoria é produzida nas ruas, fissuramos a estrutura da academia tradicional para validar as narrativas de sujeitos que, através do gesto e da presença, transformam suas cicatrizes em ferramentas de insurgência ética. É essa transição da carne que sente

para a voz que narra o que permite transformar a existência em novas trajetórias de dignidade e justiça social.

Diferente do distanciamento acadêmico tradicional, esta epistemologia desafia a lógica colonial que dita quem tem o direito de produzir pensamento. Entendemos aqui a epistemologia como o campo que investiga a natureza, a origem e a validade do conhecimento, ou seja, o estudo de como sabemos o que sabemos e quem é legitimado para produzir esse saber (Santos; Santos, 2022).

Nas ruas de Belém, as narrativas orais emergem como o próprio tecido destas epistemologias propostas. Nestes contextos, a poesia e o saber não dependem do papel para existir; eles se manifestam na carne e no gesto, transformando as marcas da exclusão em formas ricas de percepção do mundo e de reexistência. Os corpos desses sujeitos são territórios fundamentais de disputa, carregando em suas cicatrizes a cartografia de uma vida que se narra em primeira pessoa. É a partir disso que apresentamos, a seguir, três intelectuais da própria existência.

Luciana, a nossa *Hécate*.

Luciana habita uma zona de contradição radical. Mulher em situação de rua, mãe de dez filhos, sobrevivente de violências sucessivas, ela inscreve sua existência numa ética própria, forjada à margem das instituições que historicamente falharam em protegê-la. Seu corpo carrega uma biografia extrema: nove maridos mortos, não por impulso aleatório, mas como resposta reiterada a ciclos de opressão e tentativa de aniquilamento. A margem do rio, nas proximidades da pedra do Ver-o-Peso, tornava-se cenário ritual dessa ruptura final o corpo lançado à correnteza noturna, levado pela água como quem apaga vestígios, mas nunca a memória.

Essa mesma mulher, que a madrugada conhece como sombra, escolheu aparecer como princesa em um sarau que organizamos. Vestia um vestido azul celeste, quase infantil, e cantava: *"quem são essas mulheres que conquistaram meu coração"*. No palco da feira pan-amazônica do livro 2023, Luciana não negava sua história; ela a transfigurava. O sarau, composto majoritariamente por pessoas analfabetas, subvertia a ideia hegemônica de letramento: ali, a poesia não vinha do papel, mas da carne. Eram vidas declamadas. Corpos que narravam suas próprias epistemologias, forjadas na exclusão, mas ricas em percepção do mundo.

Donzela, mãe e anciã, como as fases da lua ela também é a deidade das encruzilhadas, opera na noite, Luciana usa crack a noite, se desfez dos maridos violentos a noite, dava seu beijo da morte a noite, o rio como testemunha, o rio é delicado mas não pode ser subestimado, um corpo pode demorar dias para se decompor debaixo d'água, ela figura bonita mas maltratada pelo vício sorrir quando sorriem de volta, sabe as encruzilhadas e seus perigos, não abaixa cabeça pra homem mas sabe seduzi-los, ela abre outras noites com a sua faca, por sua vez é um mito do mito, traduz para si mesma essa fábula, busca a felicidade no novo namorado que é o mesmo do passado que o maltrata, mas que agora está possuído como besta fera domesticada, até então. até a próxima lua, será que ela sabe que o rio, a faca, a maré, a brisa, as entidades estão nela, todas com ela e sobre ela?

Luciana tensiona as categorias de vítima e algoz. Ela mata para não morrer, exercendo uma inteligência de sobrevivência onde o Estado falhou. O gesto que define sua ética, contudo, é a entrega da lâmina. Em um episódio marcante, ao presenciar uma tentativa de feminicídio por seu atual companheiro, a intervenção dos pesquisadores — um firme "não faça isso" — fez a faca cair. Ao confiar seu instrumento de morte e defesa ao outro, Luciana realiza um pacto de confiança provisória, revelando que na rua o perigo circula, mas a lealdade também encontra frestas para existir

Hoje, eles ainda estão juntos, vivendo na rua. Luciana nos confidenciou o desejo de parar de usar drogas, reconhecendo, contudo, que o vício é mais forte que a vontade isolada. Para ela, a rua não é apenas espaço físico: é uma entidade. Pode ser bela, solidária, inventiva mas também sombria e cruel, devoradora de corpos e projetos. Essa ambivalência define sua forma de estar no mundo.

Luciana é, portanto, uma mulher que ama, que matou para viver, que canta vestida de azul enquanto carrega a noite nos olhos. Sua existência desafia moralismos fáceis e exige uma escuta mais profunda. Ela nos obriga a perguntar não quem ela é, mas em que tipo de mundo é essa em que uma mulher precisa matar um homem para continuar viva?

André nasceu para brilhar.

André mora na rua há vinte anos (entenda *morar* como sobreviver visceralmente). Vinte anos aprendendo a ler o mundo sem letras,

decifrando sinais no vento, no olhar apressado de quem passa, no silêncio duro das madrugadas e na violência policial. A cidade foi sua escola bruta ensinando a resistir, a desconfiar, a seguir em frente mesmo quando tudo parecia negar o futuro e ainda hoje o faz. Sua trajetória é marcada pelo que Sawaia (2001) define como sofrimento ético-político: a dor que surge da desigualdade social e do sentimento de ser despojado da humanidade. Nesses vinte anos, ele desenvolveu uma "escola bruta", aprendendo a decifrar sinais no vento e no silêncio das madrugadas — uma inteligência forjada na necessidade de prever a violência e garantir a permanência

Foi quando conheceu a Casa Rua que algo se abriu, não uma porta apenas, mas um rasgo de luz. André conseguiu dizer em voz alta o desejo mais íntimo e bonito que carregava escondido: queria ser artista. Não como fantasia distante, mas como necessidade vital. Como quem diz é isso ou não sou inteiro. Nas aulas de teatro e artes visuais que facilitamos, André encontrou um território onde a vida não precisava ser explicada, apenas vivida. Entra em cena com uma verdade rara, interpreta com o corpo inteiro, com alma, faz rir como palhaço e, sem perceber, ensina a todos sobre presença. Sua arte nasce daquilo que sobrou depois da dor e talvez por isso seja tão potente. algo que se leva anos para aprender como técnica, ele mesmo desengonçado sabe fazer e sentir.

Ao expressar o desejo de ser artista na Casa Rua, André opera o que Souza (2009) denomina *Letramento de Reexistência*. Para ele, a arte não é uma fantasia, mas a capacidade de inventar um novo modo de vida onde o sistema projetava apenas o descarte. Esse "rasgo de luz" em sua história é o momento em que a resistência biológica se transmuta em produção de presença e beleza, reivindicando um lugar no mundo que vá além da invisibilidade.

André não lê palavras, mas lê corpos. Sua capacidade de interpretar o mundo através do gesto revela uma compreensão profunda do *corpo-território* (Coradin; Oliveira, 2024): ele mapeia a cidade não por endereços, mas por sensações e presenças. Sua arte não é um adorno, é o caminho onde ele se reconhece como alguém que possui talento e humanidade, reinventando sua própria vida através da cena e do riso. Para sujeitos cujos direitos geográficos foram cassados, a carne torna-se a última fronteira de soberania. Ele mapeia Belém não por endereços, mas por sensações, transformando o corpo em um mapa vivo de afetos. Essa habilidade

revela que a oralidade e o gesto são, como aponta Santos (2023), uma tecnologia de inteligência que a academia tradicional muitas vezes falha em reconhecer

Pela Casa Rua, André conheceu outros lugares da cidade que antes pareciam proibidos: teatros, exposições, centros culturais. Cada novo espaço ampliava seu horizonte, como se a cidade, antes hostil, começasse lentamente a reconhecê-lo como parte. Isso aconteceu desde o início até o final da Casa Rua, a visita dos espaços culturais da cidade, ele esteve praticamente em todos os passeios.

A vida de André foi dura, feita de poucas oportunidades. Não estudou, não teve acesso ao que chamam de "básico". Mas ali, entre tintas, jogos cênicos e risadas, ele se desenvolveu como ser humano. Aprendeu a confiar, a criar, a se emocionar sem pedir desculpas. Nos abraça buscando um finalzinho de infância, nos chamando de professor/professora e de amigo/amiga, um gesto simples que carrega uma revolução silenciosa.

Ao se reconhecer como alguém que possui talento e afeto, ele deixa de ser o "objeto" da caridade para tornar-se o sujeito de sua própria narrativa. Como epistemologia da carne, a trajetória de André ensina que o trabalho sensível permite a autorregulação e a reorganização subjetiva, provando que a arte é, em última instância, o caminho para a produção de dignidade.

André chora quando se lembra da família, se emociona sem medo de ser julgado. A emoção transborda porque nunca foi pequena. Mesmo assim, ele sabe que tudo pode mudar, não por milagre, mas por um trabalho sensível que faz com que ele se autorregular, se organize mentalmente. Para André, a arte não é adorno, é caminho, é possibilidade. É onde ele se reconhece não como alguém que faltou algo, mas como alguém que tem talento, afeto e humanidade. E, enquanto houver cena, riso, abraço e criação, André segue acreditando que a arte pode, sim, reinventar uma vida, foi o que ele nos ensinou.

Antônio Sena: o nosso Franz Fanon da Amazônia.

Colocar Antônio Sena em interlocução com Nego Bispo, que neste texto aparece como Santos (2023) e Franz Fanon (1961/2005) é, antes de tudo, um gesto político. É reconhecer que o pensamento não nasce apenas nas universidades, mas também no chão quente da rua, no corpo marcado pela exclusão, na inteligência forjada pela sobrevivência. Fanon

nos ensinou que o colonialismo não ocupa apenas territórios, ele ocupa subjetividades. Nego Bispo, por sua vez, nos convoca a desobedecer a lógica colonial do saber, afirmando os conhecimentos contra-coloniais, aqueles que brotam da experiência, do território e da oralidade. Antônio Sena é a síntese viva dessa conversa.

Homem negro, com mais de 60 anos, 25 anos vivendo em situação de rua, Antônio Sena carrega no corpo uma biblioteca que não cabe em estantes. Sua trajetória é feita de ausência de direitos, mas também de excesso de mundo. Ele escreve poesias, declama versos próprios, atua, performa, pensa. Sonha em cursar Psicologia não por fetiche acadêmico, mas por necessidade ética: compreender as dores humanas que ele conhece por dentro. Sua vida o autoriza a transitar entre dois mundos, *o da rua e o da academia*, mesmo sem que a academia ainda o reconheça como par.

Assim como Fanon, Antônio Sena fala a partir da ferida da periferia, mas sua fala não é ressentida; é elaborada, crítica e sensível. Ele entende os mecanismos de desumanização porque foi atravessado por eles. Quando fala de sofrimento psíquico, de racismo, de exclusão, sua análise não vem de manuais, mas da vivência concreta. E, no entanto, ao sair de sua boca, esses saberes ganham outra dimensão: tornam-se poéticos, políticos, abstratos, subversivos e profundamente filosóficos. Antônio mistura conceitos como quem mistura temperos, não para confundir, mas para criar novos sentidos.

Santos (2023) nos lembra que a oralidade é um sistema complexo de pensamento, não um estágio inferior da escrita. Antônio Sena é prova viva disso. Sua fala espontânea é uma aula aberta, um tratado falado sobre existência, dor, dignidade e resistência. Ele é um educador popular porque ensina sem quadro, sem giz, sem diploma, ensina pelo encontro, pela presença intensa, pelo olhar que atravessa. Aonde ele chega, algo se desloca. Sua presença não é neutra, ela convoca, provoca, incomoda e ilumina.

Compará-lo a Fanon não é exagero poético, é rigor político. Fanon escreveu a partir dos hospitais psiquiátricos, da guerra e do racismo institucional. Antônio Sena pensa a partir das calçadas, dos abrigos, das madrugadas longas, da invisibilidade social. Ambos compreendem que a violência estrutural adoece, que o racismo produz sofrimento psíquico e que a libertação passa também pela reconstrução da subjetividade.

Mesmo sem ter frequentado a universidade, Antônio Sena alcança um nível de percepção que rivaliza com grandes pensadores. Seu saber bruto, bruto no sentido de não lapidado pelas normas acadêmicas é, paradoxalmente, de uma sutileza rara. Há delicadeza em sua análise, precisão em suas metáforas, profundidade em suas perguntas. Sua inteligência não pede autorização; ela existe. E isso é belo, ainda que não certificado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Ao longo deste capítulo, realizamos um gesto de escavação em territórios onde o sistema insiste em projetar apenas o apagamento e a ausência. Por meio da sustentação ética do encontro, mapeamos como a arte, em interface com a psicologia, atua como um dispositivo de saúde capaz de transmutar a dor em Reexistência. As trajetórias de Luciana, André e Antônio Sena são manifestações de uma *Epistemologia da Carne* que desafia o distanciamento acadêmico e reivindica a soberania do corpo como primeiro território de resistência.

Aprendemos com Luciana que a lealdade pode encontrar frestas na brutalidade; com André, que o corpo-território é capaz de mapear a cidade pelo afeto e pelo riso; e com Antônio Sena, que a intelectualidade não pede licença para florescer no chão quente da rua. Os intelectuais da própria existência no**s** ensinam que a oralidade é um sistema complexo, uma biblioteca viva que pulsa nas ruas e que exige da academia uma escuta que vá além dos manuais.

Concluímos que fazer arte nas fendas da existência é um ato de justiça social. Ao reconhecermos que o subsolo da Casa Rua é o berço de novas narrativas, reafirmamos o compromisso com práticas de liberdade que transformam o silêncio duro das madrugadas em vozes de dignidade. A reexistência, portanto, é a beleza que emerge quando o invisível ganha contorno e a carne, marcada pela exclusão, assume-se como corpo-político capaz de narrar a si mesmo e reinventar o seu lugar no mundo.

REFERÊNCIAS

CORADIN, C.; OLIVEIRA, S.S. **Contribuições do conceito de corpo território e dos feminismos comunitários para pensarmos na construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis**.

Saúde Debate [Internet]. 20º de agosto de 2024 [citado 29º de março de 2026];48(especial 1 ago):e8731. Disponível em: < https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8731 >.
CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan.
FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. (Original publicado em 1961)
MERLEAU-PONTY, M. (2000). **O visível e o invisível.** São Paulo: Editora Perspectiva (Original publicado em 1964).
MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
SANTOS, A. B. dos. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.
SANTOS, G.; SANTOS, D. S. **Epistemologias de reexistência: um diálogo teórico-metodológico entre interseccionalidade e aquilombagem crítica.** Revista Brasileira de Educação. v. 27 e 270028, 2022.
SAWAIA, B. **O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão**. In: SAWAIA, Bader. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 6. p. 96-118.
SOUZA, A. L. S. **Letramentos de reexistência: culturas e identidades no movimento hip-hop.** 2009. 219f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 2009.

A física nas festas de aparelhagem: um material didático regionalizado no âmbito do PIBID/UFPA

Marcos Vinicius Ozório Assunção
Vicente Ferrer Pureza Aleixo
Carlos Alberto Brito da Silva Júnior
Janes Kened Rodrigues dos Santos
Alessandra Nascimento Braga

INTRODUÇÃO.

O ensino de Física ainda enfrenta desafios relacionados à aprendizagem dos conteúdos científicos, frequentemente percebidos pelos estudantes como abstratos e distantes de sua realidade. Em muitos casos, tal componente curricular é apresentada de forma fragmentada e centrada na memorização de fórmulas, dificultando a compreensão dos fenômenos físicos presentes no cotidiano. Segundo Fernandes e Prestes (2021), essa abordagem pode comprometer a construção de aprendizagens mais significativas, evidenciando a necessidade de estratégias pedagógicas que aproximem os conhecimentos científicos das experiências dos estudantes.

Diante desse cenário, a contextualização tem sido apontada como uma importante estratégia para favorecer a aprendizagem dos conteúdos científicos. De acordo com Macedo e Silva (2014), a contextualização contribui para aproximar os conhecimentos escolares das experiências vivenciadas pelos estudantes, tornando o processo educativo mais significativo. Nessa mesma perspectiva, Sampaio (2022) destaca que a contextualização possibilita estabelecer relações entre os conhecimentos prévios dos alunos e os novos conceitos trabalhados em sala de aula, favorecendo uma compreensão mais ampla dos fenômenos físicos, tornando o processo de aprendizagem mais próxima das experiências dos alunos, podendo gerar associações mais aplicadas e sólidas em seus contextos de vida.

A necessidade de desenvolver práticas pedagógicas contextualizadas também está previsto pela Base Nacional Comum Curricular (BNCC).

Esse documento orienta que os processos de ensino e aprendizagem considerem as realidades dos estudantes, valorizando a diversidade cultural brasileira e promovendo a articulação entre conhecimentos científicos, sociais e culturais (Brasil, 2018). Além disso, a BNCC reconhece a importância de integrar diferentes áreas do conhecimento e de considerar contextos locais e regionais na construção das aprendizagens, favorecendo práticas educativas mais significativas e próximas das vivências dos educandos. Neste sentido,

> [...] cabe aos sistemas e redes de ensino, assim como às escolas, incorporar aos currículos e às propostas pedagógicas a abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana em escala local, regional e global, preferencialmente de forma transversal e integradora (Brasil, 2018, p. 19).

A valorização dos contextos socioculturais dos estudantes também envolve o reconhecimento das particularidades regionais presentes no processo educativo. Nessa perspectiva, Silva (2015) defende que a regionalização do ensino contribui para aproximar os conhecimentos escolares da realidade dos educandos, valorizando aspectos culturais, sociais e ambientais que compõem sua identidade. Dessa forma, a inserção de elementos regionais nas práticas pedagógicas pode favorecer aprendizagens mais significativas e contextualizadas.

No contexto paraense, diferentes manifestações culturais constituem importantes elementos de identidade e pertencimento social. Entre elas, destacam-se as Festas de Aparelhagens, que ocupam um espaço significativo na cultura popular do estado e estão associadas a expressões musicais como o melody e o tecnomelody. Nesse sentido, Pinto e Santos (2025) ressaltam a importância da valorização dessas manifestações culturais, reconhecendo-as como elementos representativos da identidade cultural paraense e passíveis de serem explorados em diferentes espaços educativos.

Além de sua relevância cultural, as aparelhagens paraenses apresentam potencial para a abordagem de diferentes áreas do conhecimento. De acordo com Moraes e Ustra (2024), a interdisciplinaridade constitui uma importante estratégia para superar a fragmentação dos saberes, possibilitando a compreensão dos fenômenos a partir de diferentes perspectivas. Nesse contexto, a utilização das Festas de Aparelhagens como

temática educativa geradora permite estabelecer conexões entre conhecimentos científicos, culturais e tecnológicos, favorecendo uma abordagem mais integrada do processo de ensino e aprendizagem.

Corroborando essa perspectiva, Fernandes e Prestes (2021) destacam que a interdisciplinaridade, associada à contextualização, favorece a construção de aprendizagens mais significativas ao aproximar os conteúdos científicos das experiências dos estudantes. Assim, a articulação entre diferentes áreas do conhecimento possibilita uma compreensão mais ampla dos fenômenos estudados, tornando o processo educativo mais dinâmico e conectado à realidade dos educandos.

A produção de materiais didáticos destaca-se como uma estratégia essencial na formação inicial de professores. Nesse cenário, Silva, Gonçalves e Paniágua (2017) apontam que o Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID) enriquece a trajetória dos licenciandos ao proporcionar um contato prévio com a realidade escolar. Essa imersão estreita os laços entre os referenciais teóricos da universidade e as práticas cotidianas da Educação Básica, consolidando uma articulação interinstitucional indispensável para a construção dos saberes docentes. Foi justamente sob o amparo dessa articulação que se delineou o percurso metodológico para a criação de um recurso didático mais regionalizado.

Nesse contexto, foi desenvolvido um livreto didático intitulado "*A Física nas Festas de Aparelhagens* (Osório; Kened, 2026)" sobre as aparelhagens paraenses no âmbito do Programa PIBID), da Universidade Federal do Pará - *Campus* de Ananindeua (UFPA/CANAN), utilizando elementos da cultura regional amazônica como suporte para a abordagem de conceitos físicos presentes no cotidiano dos estudantes. A proposta fundamenta-se na valorização dos contextos socioculturais dos educandos e na utilização de temáticas regionais como estratégia para promover aprendizagens mais significativas no ensino de Física. Além disso, o material foi concebido com o intuito de aproximar os conhecimentos científicos das experiências vivenciadas pelos estudantes, evidenciando a presença da Física em manifestações culturais presentes em sua realidade. Assim, este trabalho tem como objetivo relatar o processo de construção de um livreto didático regionalizado sobre as Festas de Aparelhagens realizadas no estado do Pará.

MATERIAIS E MÉTODOS.

O relato de experiência, enquanto abordagem metodológica, permite a sistematização e a reflexão crítica sobre práticas pedagógicas vivenciadas pelos próprios autores, possibilitando a socialização de saberes construídos na prática docente (Mussi; Flores; Almeida, 2021). A vivência ora relatada ocorreu durante o período de atuação de um dos autores como bolsista do PIBID, subprojeto Interdisciplinar de Física e Química da UFPA/CANAN, sendo o próprio pesquisador responsável pela concepção, produção textual, seleção de conteúdos e diagramação do livreto didático[1] (Osório; Kened, 2026), voltado à produção de um recurso educacional contextualizado a partir da cultura paraense.

A construção do livreto didático foi fundamentada em referenciais que defendem a aproximação entre os conteúdos científicos e a realidade sociocultural dos estudantes. Nesse sentido, a contextualização foi compreendida como uma estratégia capaz de atribuir significado aos conhecimentos escolares ao relacioná-los às experiências vivenciadas pelos educandos, favorecendo processos de aprendizagem mais significativos (Sampaio, 2022). Além disso, a regionalização do ensino orientou a escolha das aparelhagens paraenses como temática central do material, valorizando elementos culturais presentes no contexto amazônico e contribuindo para o fortalecimento da identidade cultural dos estudantes (Silva, 2015).

[1] ISBN: 978-65-987291-7-2, disponível em: < https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1179176 >.

Figura 1 – Diagrama das etapas de elaboração do livreto didático "*A Física nas Festas de Aparelhagens*".



Fonte: Dos próprios autores (2026).

RESULTADOS E DISCUSSÕES.

Como resultado do processo de elaboração, consolidou-se o livreto didático "*A Física nas Festas de Aparelhagens*" (Osório; Kened, 2026). O produto educacional alcançou seu objetivo central ao transformar o espetáculo técnico e cultural das aparelhagens paraenses em um território

de mediação pedagógica, expandindo as possibilidades metodológicas para o ensino de Ciências na Região Amazônica.

Será apresentada uma sistematização das etapas deste processo de elaboração autoral, com descrição dos principais elementos e técnicas utilizadas no processo produtivo do produto educacional.

A elaboração do livreto didático (Osório; Kened, 2026) foi realizada em dez etapas: (1) participação no PIBID da UFPA/CANAN; (2) levantamento bibliográfico; (3) definição dos fundamentos pedagógicos; (4) escolha da temática Festas de Aparelhagem; (5) seleção de elementos culturais (Tupinambá, Crocodilo, Poderoso Rubi, melody e tecnomelody); (6) seleção dos conteúdos de Física (acústica, ondas sonoras, eletricidade, LEDs, lasers, entre outros); (7) articulação entre os elementos culturais e os conceitos físicos; (8) produção gráfica do livreto na plataforma Canva; (9) revisão pedagógica e visual; e (10) finalização do livreto didático "*A Física nas Festas de Aparelhagens*" (Osório; Kened, 2026). O diagrama que sintetiza essas etapas é apresentado na Figura 1.

A etapa (1) consistiu na inserção e vivência no PIBID da UFPA/CANAN, contexto no qual a pesquisa foi gestada. A partir disso, realizou-se o levantamento bibliográfico (Etapa 2) sobre contextualização, regionalização do ensino, interdisciplinaridade e formação docente, buscando identificar referenciais que subsidiassem a construção do material. Esse processo permitiu definir os fundamentos pedagógicos (Etapa 3) que orientaram a proposta, priorizando a aproximação entre os saberes científicos e a realidade sociocultural dos estudantes.

O mapeamento da literatura contribuiu diretamente para a escolha da temática central (Etapa 4), bem como para a organização dos conceitos e das estratégias utilizadas na elaboração do recurso educacional. Nessa perspectiva, o planejamento do livreto buscou favorecer uma aprendizagem mais significativa por meio da articulação entre conhecimentos científicos e elementos presentes no cotidiano dos educandos (Sampaio, 2022).

Figura 2: Trecho do conteúdo livreto didático "*A Física nas Festas de Aparelhagens*".



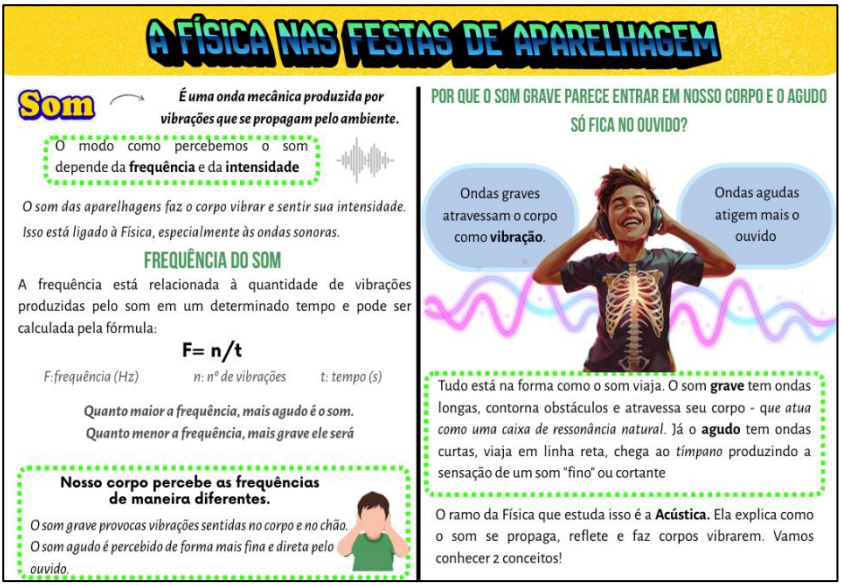
Fonte: Acervo dos autores.

Com base nos referenciais selecionados, delimitou-se a cultura das aparelhagens paraenses como o cerne do subprojeto, considerando sua relevância social e seu potencial para contextualizar o ensino de Física (Figura 2). Na seleção dos elementos culturais (Etapa 5), visando valorizar manifestações estéticas e tecnológicas presentes na realidade local, foram escolhidas estruturas de grande destaque no cenário paraense, como o Tupinambá, o Crocodilo e o Poderoso Rubi, selecionadas também por terem sido tombadas como patrimônio cultural imaterial da capital paraense e serem reconhecidas historicamente como fenômenos socioculturais originados nas áreas periféricas de Belém (Araújo; Santos; Silva, 2022). Ademais, a escolha foi fundamentada na compreensão de que expressões musicais como o melody e o tecnomelody contribuem para o fortalecimento da identidade regional e para a construção de práticas educativas mais integradoras (Pinto; Santos, 2025).

Na sequência, procedeu-se à seleção dos conteúdos de Física (Etapa 6) que comporiam o material didático. A escolha desses tópicos buscou

estabelecer uma relação direta entre os fenômenos observados nos eventos e os conhecimentos previstos para a educação básica. Desse modo, foram contemplados temas associados à acústica (frequência, intensidade, potência sonora e ressonância), vide Figura 3, à eletricidade e às ondas eletromagnéticas (LEDs e lasers). A articulação entre cultura e conceitos físicos (Etapa 7) teve como objetivo evidenciar a ciência intrínseca a esses espetáculos, desmistificando a Física como um saber isolado.

Figura 3: Trecho do conteúdo de Física do livreto didático "*A Física nas Festas de Aparelhagens*".



Fonte: Acervo dos autores.

Após a estruturação teórica, iniciou-se a produção gráfica do livreto (Etapa 8) por meio da plataforma digital *Canva*. Nessa fase, os textos foram redigidos, as imagens foram selecionadas e a diagramação foi planejada utilizando-se uma linguagem visualmente atraente e acessível. Posteriormente, o material foi submetido a uma revisão pedagógica e visual (Etapa 9), conduzida pelos próprios autores em conjunto com a professora supervisora do subprojeto PIBID, momento em que se avaliou a clareza da linguagem, a adequação dos conceitos físicos ao nível da

educação básica e a qualidade estética da diagramação, resultando em ajustes de layout e refinamentos textuais, uma produção que passou por 03 meses neste processo de produção e ajustada até a culminância de finalização no primeiro semestre de 2026. Por fim, a consolidação dessas fases resultou na finalização do livreto didático (Etapa 10). Destaca-se que, até o presente momento, o livreto não foi submetido à aplicação e avaliação sistemática junto a estudantes da educação básica, constituindo-se este um desdobramento previsto para etapas futuras da pesquisa.

O mérito do material reside na sua capacidade de promover a contextualização sociocultural. Ao transpor conceitos abstratos de ondas e eletricidade para a práxis de profissionais locais, como DJs e iluminadores, o recurso desloca a Física do campo puramente formular. Essa abordagem ampara-se no pressuposto de que a realidade viva do estudante serve como ancoradouro cognitivo, promovendo o que Sampaio (2022) define como uma aprendizagem verdadeiramente significativa, onde o novo conhecimento se conecta a vivências preexistentes.

Somado a isso, destaca-se o caráter interdisciplinar impresso no livreto. Ao tangenciar aspectos históricos, tecnológicos e identitários do melody e do tecnomelody, a narrativa construída ajuda a romper com o isolamento das disciplinas escolares. Conforme apontam Moraes e Ustra (2024), essa articulação epistemológica é crucial para superar a fragmentação histórica dos saberes na escola, estimulando os discentes a compreenderem um mesmo fenômeno sob múltiplos pontos de vista.

A experiência de planejar, selecionar conteúdos e produzir o livreto didático reflete o que Costa (2026) caracteriza como as etapas de um processo de iniciação à docência. De acordo com o autor, a inserção do neófito no cotidiano escolar exige o cumprimento de "ritos de transição", nos quais o estudante de licenciatura internaliza os valores e os saberes práticos da comunidade educacional, transformando o esforço formativo em autonomia pedagógica. Sob a ótica da formação inicial, a idealização e o design desse material no subprojeto da UFPA/CANAN representaram o elo real entre a teoria universitária e a prática da transposição didática. Esse exercício autoral de calibrar a linguagem para a Educação Básica e dominar ferramentas de comunicação visual (*Canva*) funcionou, portanto, como uma das provações formativas necessárias para consolidar a identidade docente do licenciando.

Por fim, o produto resultante deste relato cumpre sua função social ao ser configurado como um recurso de apoio pedagógico para professores da Educação Básica. Longe de ser um manual rígido, o livreto funciona como um roteiro de investigação do cotidiano, fornecendo aos docentes subsídios para transformar o cenário das aparelhagens em um legítimo laboratório de ciências integrado à comunidade escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Diante do exposto, o presente trabalho cumpriu seu objetivo ao relatar a experiência de desenvolvimento de um recurso concebido sob a premissa de que as manifestações culturais e tecnológicas da Região Amazônica constituem ricos territórios de mediação pedagógica. A construção desse recurso evidenciou que o cenário das aparelhagens paraenses pode possuir um potencial para a contextualização e regionalização do ensino de Física, permitindo transpor conceitos científicos abstratos para a realidade concreta dos estudantes da Educação Básica.

Para além de sua função estritamente didática, a elaboração do material representou um marco formativo essencial no âmbito do PIBID da UFPA/CANAN. Vivenciar esse processo autoral exigiu o exercício prático da transposição didática, forçando o licenciando a articular teorias pedagógicas, realizar escolhas curatoriais de conteúdo e dominar ferramentas de comunicação visual. Essa imersão prática fortaleceu habilidades críticas de planejamento e autonomia indispensáveis para a futura regência docente. Por fim, o produto educacional resultante deste relato cumpre seu papel social ao se consolidar como um recurso de apoio pedagógico dinâmico e interdisciplinar.

Diante disso, espera-se que o livreto forneça aos professores da Educação Básica, em especial os de Física e/ou aqueles que desejem desenvolver práticas integradas de viés interdisciplinar e contextualizado, subsídios metodológicos para transformar a cultura local em um legítimo laboratório de investigação científica, estimulando nos educandos uma aprendizagem mais significativa, integradora e orgulhosa de sua própria identidade cultural.

AGRADECIMENTOS.

Os autores agradecem ao PIBID da UFPA/CANAN pela oportunidade de desenvolvimento das atividades formativas que possibilitaram a realização deste trabalho. Agradecem também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio ao programa e pelo incentivo às ações voltadas à formação inicial de professores. Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Patrícia do S. C.; SANTOS, Anacleto A.; SILVA, Eduarda M. da. Festas de Aparelhagem em Belém - Pará: Lazer dos Celebrantes na Visão dos Comandantes. (2022). **LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer**, *25*(1), 369-393. https://doi.org/10.35699/2447-6218.2022.39110

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF: MEC, 2018.

COSTA, C. A. da S. Pibid e processo iniciático: aproximações entre iniciação cultural e iniciação à docência. **Revista Educação Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, nº 26, 16 de julho de 2025. Disponível em: < https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/25/26/pibid-e-processo-iniciatico-aproximacoes-entre-iniciacao-cultural-e-iniciacao-a-docencia >.

FERNANDES, F. C. R.; PRESTES, A. Contextualização e interdisciplinaridade: revisando conceitos e aplicações no ensino de Física e Ciências. **Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista**, Santo Ângelo, v. 11, n. 4, p. 202-216, 2021. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.31512/encitec.v11i4.980 >.

MACEDO, C. C. de; SILVA, L. F. Os processos de contextualização e a formação inicial de professores de Física. **Investigações em Ensino de Ciências**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 55-75, 2014.

MORAES, S. A.; USTRA, S. R. V. Levantamento bibliográfico sobre a interdisciplinaridade no ensino de Física. **Ensino de Ciências e**

Tecnologia em Revista, Santo Ângelo, v. 14, n. 1, 2024. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.31512/encitec.v14i1.980 >.
MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista práxis educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.
PINTO, J. K. N.; SANTOS, A. A. dos. **"O Arrasta Povo do Pará": a (re)existência das ruas: possibilidades do Melody e Tecno-Melody a partir das intersubjetividades culturais**. Periferia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2022. Disponível em: < https://doi.org/10.12957/periferia.2022.86647 >.
SAMPAIO, F. de M. **A contextualização no ensino de Física e sua ocorrência nos processos de avaliação da Educação Básica**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação: Formação de Formadores) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.
SILVA, S. da; GONÇALVES, M. D.; PANIÁGUA, E. R. M. A importância do PIBID para formação docente. In: ENCONTRO MISSIONEIRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM CULTURA, 3., 2017, Santo Ângelo. **Anais** [...]. Santo Ângelo: EMiCult, 2017. p. 1-11.
SILVA, W. M. C. da. **Educação, regionalização do ensino e ambiente: exemplo de Roraima**. 2015. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional da Amazônia) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2015.
OSÓRIO, M. V.; KENED, J.; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **A física nas festas de aparelhagem**. [Belém]: UFPA, 2026. Disponível em: < https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1179176 >.

Musicoterapia: arte e saúde

Kézia Andrade Soares Saraiva
Ozian de Sousa Saraiva

INTRODUÇÃO.

Com o objetivo de trazer fundamentação ao presente trabalho, foram realizadas leituras de livros, artigos, revistas, monografias e sites, sobre assuntos que envolvem de forma geral, música, musicoterapia e saúde.

Na primeira seção desta pesquisa, será feita uma abordagem sobre o poder da música na vida do ser humano, enfatizando que a mesma está presente durante toda a sua trajetória e desempenha um papel de extrema significância em todo o seu processo de construção enquanto ser. Na segunda seção, a música será abordada com um olhar terapêutico, levando em consideração que ela não se define apenas como uma arte, mas como uma ciência que pode ser aplicada e desenvolvida de diversas formas, proporcionando sensações, experiências significativas, saúde e bem-estar.

O trabalho finaliza com um olhar sobre estes dois pontos citados acima, destacando a musicoterapia como sendo uma conexão da música/arte e música/ciência (terapia) reforçando sobre a importância do aprofundamento sobre estes assuntos, bem como a propagação da musicoterapia e a formação de novos profissionais na área.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

Música: a arte como parte do ser humano.

Desde o momento da fecundação, o ser humano passa a ter seu primeiro contato com a música, a qual é gerada através de efeitos acústicos e sonoros no ventre da mãe. No momento em que este indivíduo sai do ventre, a música passa efetivamente a fazer parte da sua vida, trazendo sentido a diversas momentos vivenciados por ele. Se pararmos para escrever nossa biografia através da música, com certeza encontraremos

uma infinidade de sons, canções, harmonias que encantam a nossa história.

> A música quase que faz parte da alma humana. A história de vida de cada um pode ser contada em dias, semanas, meses e anos – ou por sons, harmonias, ritmos e melodias [...]. Poucas coisas, entretanto podem ser tão memorizadas e revividas quanto as vibrações de uma música[1].

Conhecemos o poder da música e sua influência na vida do ser humano, e seria estranho, e um tanto contraditório, se a mesma não fizesse sentido real e vital, pois caminha lado a lado com o indivíduo, desde a sua vida intrauterina até os seus últimos suspiros. Sekeff (2007) afirma que o estímulo sonoro musical carrega sempre o poder de impressionar o indivíduo desde a percepção interna dos sons de seu mundo fetal através das batidas cardíacas, ruídos intestinais, movimentos musculares, articuladores, enzimáticos, à percepção dos sons externos vida a fora através das palavras, ruídos, ultra e infrassons, pulsos, melodias, timbres.

O conceito mais conhecido da palavra música nos afirma que a mesma é a arte e ciência de combinação dos sons (melodia e harmonia), que são organizados de forma sistemática através de um tempo (ritmo). Mas, para além desta simples definição, a música pode fomentar o desenvolvimento da cognição, inteligência, criatividade, ela promove a autoestima, desperta sentidos e emoções. Ruud (1991) enfatiza que a música está enraizada nas camadas mais profundas de nossa personalidade, onde percepções sensoriais, sentimentos e pensamentos se integram.

Pfeiffer e Zamani (2017) também enfatizam que:

> A lo largo de la historia de la humanidade, la música há sido utilizada com diferentes propósitos: pela la sanación, como arma bélica, em la religiòn, la comunicación, la cohesión grupal o la inducción de estados de trance. La música juega un rol importante em la construcción de nuestra identidad dentro del intorno em el cual nos desarrolhamos como seres humanos, del nascimento hasta nuestra morte. Puede ayudar a construir valores y orientaciones de vida, ser um modo de relacionarmos com otras

[1] Viver bem com Música, p.1 – Revista Novas Terapias - Melhoramentos, 2005.

> personas y de posicionarmos frente a nosotros mismos dentro de nuestra cultura, haciendo explícita nuestra filosofia de vida, nuestro género y nuestra etnicidad (p.26).

Sabemos que a música se expandiu ao longo dos anos, e na atualidade se encontra em diversos ambientes utilitários, com diversos fins, não só como arte, mas nos ambientes militares, educacionais ou/e também, terapêuticos, ou seja, a musicoterapia. Sobre esta abordagem terapêutica, daremos maior foco a seguir.

Musicoterapia: a música sob um olhar terapêutico.

O homem busca o seu bem-estar, a sua satisfação em todos os âmbitos da vida. Estar saudável fisicamente, mentalmente, psicologicamente, e até espiritualmente, resulta em autossatisfação, desfrutar dos prazeres da vida de forma total. Wazlavick (2001, p.27) descreve que podemos entender o ser humano como um "todo físico-psicológico-social e também espiritual. Esse todo, na sua essência, é saudável, necessita crescer e autorrealizar-se, para conhecer e desenvolver os potenciais inerentes a todo ser humano".

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)[2] a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. E dentro do processo de promoção da saúde e bem-estar, a musicoterapia entra como uma potencial ferramenta de transformação em diversos âmbitos da vida do homem. Benezon (1988, p.15) enfatiza que o ser humano não é apenas corpo e mente, psique e soma, ou psique e alma, nem matéria e espírito, ele é um conjunto de todos esses elementos, e que dentre as várias especialidades existentes, a musicoterapia é a técnica que mais abrange a totalidade do indivíduo.

Não é de hoje que temos conhecimento sobre o poder da música na promoção da saúde e bem-estar. Diniz e Oliveira (2006) dizem que:

> Pensar a música sobre o foco da saúde pode parecer estranho. No entanto, assim como a saúde, a música é inerente ao homem, peculiar a ele. A música por si só é transformadora, capaz de alterar os estados psíquicos e físicos do ser humano (p.34).

[2] Fonte: < https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/conceito-de-saude/43939 >.

Pode-se encontrar com facilidade relatos e pesquisas que comprovam que desde os tempos históricos o seu agir na sociedade é notório. Nos escritos bíblicos encontra-se diversas passagens onde a música é utilizada para acalmar, sanar ansiedades e inquietações, como o exemplo do jovem pastor de ovelhas, Davi, que ao tocar a sua harpa, proporcionava ao rei Saul, certo alívio para suas perturbações. No primeiro livro de Samuel, capítulo 16, versículo 23, podemos ler que "e sucedia que, quando o espírito mau, da parte de Deus, vinha sobre Saul, Davi tomava a harpa e a tocava com sua mão; então, Saul sentia alívio e se achava melhor, e o espírito mau se retirava dele"[3]. É incrível como a música era utilizada para atribuições tanto físicas, emocionais, quanto para o espírito.

Na Grécia antiga também é fato que a música desempenhou um papel relevante naquela sociedade,

> Dotados de conhecimentos específicos, os gregos valorizavam sobremaneira a arte musical. Ela era usada para curar, para prevenir doenças, males físicos e mentais, para colaborar na educação dos jovens, além do que se dava como certo que ela também apaziguava o estado de excitação sexual das mulheres cujos maridos estivessem ausentes, doentes, na guerra, ou mortos. Platão recomendava-a para a saúde da mente e do corpo, para a cura de angustias e fobias, para o desenvolvimento do caráter e da sensibilidade e aconselhava-a. em *A Política,* como um poderoso recurso de educação e desenvolvimento do caráter do jovem. (Sekeff, 2007, p.100).

O termo musicoterapia vem da junção das palavras música e terapia, e tem diversas definições. Bruscia (2000) enfatiza que o primeiro grande desafio para a definição de musicoterapia é que ela é transdisciplinar por natureza. Segundo o dicionário Dicio, a palavra transdisciplinar significa "capaz de produzir uma interação entre disciplinas que, não somente se restringindo ao conteúdo disciplinar, propõe um diálogo entre campos do saber, buscando alcançar e alterar a percepção, cognição ou comportamento do sujeito"[4]. Concordando com esta

[3] Bíblia do Pescador – 1 Samuel 16:23.
[4] Fonte: < https://www.dicio.com.br/transdisciplinar/ >, acessado em 09/10/18 às 10:30h.

definição, o autor ainda afirma claramente que a musicoterapia não é uma ciência isolada e singular claramente definida e com fronteiras imutáveis. Ao contrário, ela é de forma dinâmica, uma combinação de várias outras ciências em torno das áreas: música e terapia (*Ibid*, 2000).

Nos Estados Unidos, a *Nacional Association for Music Therapy*, compreende que a musicoterapia é a utilização da música para alcançar objetivos terapêuticos: recuperação, manutenção e melhoria da saúde física e mental (Namt, 1980, p.1 *Apud* Bruscia, 2000, p.7). O autor continua a afirmar que a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança.

Por mais que a musicoterapia já houvesse sido aplicada desde os tempos primórdios, apenas no século passado foi que esta prática passou a ter um respaldo científico, como afirma a autora:

> Tendo como objetivo melhorar ou desenvolver as potencialidades individuais, a Musicoterapia surgiu oficialmente, enquanto ciência, durante a Segunda Guerra Mundial, quando a música passou a ser utilizada cientificamente e com fins terapêuticos na reabilitação de soldados feridos (Poltronieri, 2011, p.41).

As pesquisadoras Marly Chagas e Rosa Pedro relatam que durante a Segunda Guerra Mundial.

> Nos Estados Unidos, por exemplo, músicos profissionais foram contratados com a finalidade de distrair os egressos da guerra, que sofriam problemas tanto de ordem física quanto de ordem emocional. Os resultados positivos foram percebidos imediatamente. A experiência musical provocou uma mudança no quadro clínico daquelas pessoas. A equipe de saúde logo percebeu que, para o sucesso desta atividade, não bastava que este profissional fosse músico, era necessário que ele também fosse um terapeuta. (Chagas; Pedro, 2008, p.37).

A musicoterapia apresenta um vasto campo de abrangência, que envolve as áreas médica, educacional, organizacional e psicológica. O seu trabalho consta de inúmeros métodos que podem fomentar a prevenção, o monitoramento, a reabilitação e a própria cura.

> A musicoterapia contribui para a prevenção da doença em grande escala. Para além de ser uma terapêutica que possibilita a reabilitação, ela percebe-se também essencial para a manutenção do estado de saúde; para que seja possível ao ser humano prevenir doenças provindas da azáfama do quotidiano, é necessário que este permanentemente liberte tensões e preocupações através de sessões de musicoterapia. (Oliveira; Gomes, p. 754).

Terra (2016) diz que são distintas as áreas de atuação do musicoterapeuta, e abrangem todo o ciclo vital do ser humano, iniciando na gestação e terminando no processo de luto dos familiares e amigos. Panacione (2012) enfatiza que o tipo específico de ajuda que o terapeuta profissional oferece e deve oferecer ao seu cliente, está intimamente e principalmente relacionado à saúde, área de maior interesse pelo cliente, restaurar sua saúde. Afirma-se que, neste sentido, os serviços do profissional de musicoterapia devem ser definidos e delimitados pelos aspectos da saúde do cliente/paciente que podem ser trabalhados através da música, arte específica.

Vale ressaltar que a música só pode ser aplicada e caracterizada como terapia, se conduzida por uma profissional especializado, ou seja, um musicoterapeuta. Se vê muito hoje em dia, profissionais de outras áreas utilizando a música a fim de proporcionar relaxamento a alguém, ou até mesmo com o propósito de sanar algum tipo de dor, e etc. Silveira (2015), ressalta que nós "sabemos como nunca que uma música pode nos levar ao fundo do poço ou a um estado de euforia enorme"[5]. Sabendo disso, é de suma importância que este trabalho seja desenvolvido por alguém especializado no assunto, pois um profissional, musicoterapeuta possui maiores conhecimentos e saberá conduzir a música de forma saudável, pois este conhece as técnicas e os caminhos para se chegar ao sucesso efetivo da terapia.

[5] Fonte: < http://mundodapsi.com/musicoterapia-forma-terapeutica/ >, acessado em 09/10 às 17:52.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Consideramos fundamental contribuir com um olhar para a musicoterapia de forma que possibilite o homem/mulher conhecê-la, e de uma forma breve e singela, perceber a sua relevância para o ser humano e seu papel na sociedade, pois a mesma envolve a música como arte, como também, a música como ciência/terapia. Através da conexão dessas duas vertentes, o bem-estar pode ser promovido ao indivíduo que tem contato com ela, proporcionando resultados transformadores, como afirma Igor Ortega:

> A arte se mostra de muitas maneiras na ciência, assim como a ciência se torna também inspiração para a arte. Cientistas e artista que realizam trabalhos e pesquisas juntos em variadas áreas acreditam que essa junção e trocas de conhecimentos traz significantes resultados e que a ciência e as artes juntas proporcionam o desenvolvimento humano (Ortega, 2015, p.32 *apud* Joubert, 2002).

Com esta pesquisa, é desejo nosso, ter auxiliado no processo de ampliação do conhecimento sobre a musicoterapia, pois acreditamos ser primordial a expansão destas informações e desta área do conhecimento para que muitos conheçam e possam experimentar uma atividade que pode melhorar e mudar seu modo de vida. Como a música se revela de forma magnífica no interior do ser humano, faz-se necessário compreendê-la como uma forma de comportamento humano, uma vez que ela nasceu do homem, tendo assim, uma grande força de atração sobre ele (Sacks, 2008, p.349).

O campo de estudo da musicoterapia é muito extenso e volumoso, porém ainda há muito o que descobrir no processo e contato com o ser humano. Esperamos assim, também contribuir para novas pesquisas nesta área com nosso trabalho e este olhar conectivo da música não só como arte, mas como ciência/terapia, e nas mistas possibilidades profissionais que podem contribuir nesta área de atuação, que vem crescendo no Brasil pouco a pouco. Ressaltamos aqui a importância de propagação desta terapia e a necessidade existente de termos mais profissionais capacitados atuantes, além de mais cursos universitários, especializações, cursos livres que abrangem as diversas escalas do

conhecimento musicoterápico, como sabemos da existência de várias associações em vários estados brasileiros como a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), que representa os musicoterapeutas brasileiros, e que tem se empenhado para que a musicoterapia se torne cada vez mais conhecida e experimentada pelo povo.

REFERÊNCIAS

BENENZON, R. **Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal.** São Paulo: Sammus, 1988.

BRUSCIA, Keneth E. **Definindo Musicoterapia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como os híbridos se divertem.** Rio de Janeiro: Mauad X; Bapera, 2008.

DIAZ-PABÓN, Luiz Á. Tradução: SILVA, Vasti R.; BANDEIRA, Karen de A. **Bíblia do pescador.** Rio de Janeiro: CPAD, 2014.

DINIZ, Elcio L. B.; OLIVEIRA, Joanessa N. **Música e saúde: o olhar da musicoterapia.** Anais - IV Fórum de Pesquisa Científica em Arte da Escola de Música e Belas Artes do Paraná. Curitiba, 2006. p. 33 – 36.

OLIVEIRA, Clara C.; GOMES, Ana. **Breve história da musicoterapia, suas conceptualizações e práticas**. Atas do XII Congresso da SPCE, 2014.

ORTEGA, Igor. **Os efeitos da musicoterapia através do software cromotmusic em aspectos sensoriais, emocionais e musicais de crianças e jovens surdos: ensaio controlado randomizado.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

PANACIONI, Graziela França Alves. **Musicoterapia na promoção da saúde: um cuidado para a qualidade de vida e controle do estresse acadêmico.** Dissertação (Mestrado em Música na Contemporaneidade) - Universidade Federal de Goiás - Escola de Música e Artes Cênicas. Goiânia, 2012.

PFEIFFER, Camila; ZAMANI, Cristina. **Explorando el cerebro musical**. 1ª ed. Buenos Aires: Kier, 2017.

POLTRONIERI, Elaine. **Empregabilidade: empresas privadas no Brasil.** 1ªed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2011.
Revista Novas Terapias**. Viver bem com Músic**a. São Paulo: Melhoramentos, 2005.
RUUD, Even (Oraganização); WROBEL, Vera Bloch; CAMARGO, Glória Paschoal de; GOLDFEDER, Miriam (Tradução). **Música e saúde.** São Paulo: Sammus, 1991.
SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música, seus usos e recursos.** São Paulo: UNESP, 2007. SHAPIRA. Diego; FERRARI, Karina; SÁNCHEZ, Viviana; HUGO, Mayra. **Musicoterapia abordaje plurimodal.** Argentina**: ADIM, 2007.**
TERRA, Newton Luiz; MORIGUCHI, Yukio; CRIPPA, Anelise; NASCIMENTO, Nair Mônica Ribascik do. **Aprendendo a cuidar do idoso.** Porto Alegre: EDPUCRS, 2016.
WAZLAVICK, P. **Cada ser humano compõe a música de sua vida**. In: Psicologia Argumento, Curitiba, ano 19, out. 2001.

Velhice (in)visibilizada: contribuições da psicologia na análise dos serviços públicos para idosos em Abaetetuba (PA)

Letícia Luz Quaresma
Risângela Maria de Jesus Cavalcante Dias
Wanessa Araújo Pinheiro
Larissa Azevedo Mendes

INTRODUÇÃO.

O presente capítulo teve como objetivo analisar, sob uma perspectiva psicológica, como os serviços de assistência social voltados à pessoa idosa foram executados no município de Abaetetuba (PA) entre os anos de 2020 e 2024. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental e analítica, baseada na coleta e análise de documentos públicos disponíveis na internet. Foram utilizados relatórios institucionais do município de Abaetetuba: relatórios dos CRAS, registros da Secretaria Municipal de Assistência Social, documentos do Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI); legislações federais, estaduais e municipais, bem como artigos científicos publicados nos últimos cinco anos que deram ênfase ao tema.

A escolha por fontes online justifica-se pelo caráter documental da pesquisa, que prioriza materiais oficiais e acessíveis ao público. Os resultados evidenciam que, embora existam ações pontuais voltadas à população idosa, há fragilidades significativas na continuidade, planejamento e sistematização das políticas públicas voltadas a esse público, evidenciando ações pontuais, ausência de continuidade em serviços para idosos e impactos psicossociais como solidão, negligência e invisibilidade institucional da velhice. A Psicologia, nesse contexto, assume papel essencial ao contribuir com escuta qualificada, valorização das trajetórias de vida e fortalecimento dos vínculos sociais. Conclui-se que, embora existam avanços pontuais, os serviços psicossociais para idosos ainda carecem de efetivação plena e integrada, exigindo políticas públicas mais sensíveis, contínuas, humanizadas e eficazes para a terceira idade.

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade demográfica que impõe diversos desafios às políticas públicas, entre eles, a garantia dos direitos e da qualidade de vida das pessoas idosas. Os danos mais recentes do Censo 2022, apontam que o país alcançou a marca de 22,1 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, o que equivale 10,9% da população nacional (IBGE, 2024). Esse crescimento revela a necessidade de fortalecimento das redes públicas de proteção social e mostra que o cuidado com a população idosa deve ser uma prioridade nas ações municipais, estaduais e federais.

A situação se complica ainda mais em municípios da região Norte do país, como Abaetetuba, no Pará, que possuem infraestrutura, orçamento e equipe técnica limitada. A escassez de recursos, a dificuldade de acesso geográfico e a limitação de profissionais especializados comprometem a efetividade das políticas públicas voltadas para esse público (Silva; Silva, 2024). Esses fatores dificultam a execução efetiva das políticas públicas direcionadas aos idosos e à terceira idade. Apesar da existência de marcos legais sólidos, como o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Assistência Social, observa-se que, na prática, muitos direitos continuam sendo negligenciados, o que resulta em exclusão, solidão e invisibilidade social da velhice.

Durante os estágios realizados ao longo da graduação em Psicologia, especialmente nas áreas de atenção básica e assistência social, foi possível observar de perto a realidade da população idosa em Abaetetuba. As vivências práticas revelaram que muitos idosos permanecem à margem dos serviços de proteção social, sendo atendidos de forma superficial ou, em alguns casos, completamente negligenciados.

Essa percepção vivida nos estágios motivou a construção deste trabalho. A escolha pelo tema da (in) visibilidade da velhice surgiu do compromisso ético e profissional com o cuidado às pessoas idosas, somado ao desejo de contribuir para a transformação dessa realidade. Com base nas experiências acumuladas ao longo da formação, compreendemos a necessidade de investigar, analisar e propor caminhos para que os serviços públicos em Abaetetuba possam promover, de maneira mais efetiva, os direitos da pessoa idosa e garantir sua dignidade em todas as dimensões: social e psicológica.

Diante disso, o centro deste estudo é a invisibilidade do idoso. O preconceito etário, também conhecido como idadismo, contribui para essa

exclusão, reforçando estereótipos de inutilidade e dependência (Silva *et al.*, 2023). Tais percepções afetam diretamente a autoestima dos idosos, bem como sua integração social, provocando impactos relevantes sobre seu bem-estar social e sua saúde mental.

Diante dessa realidade, o presente trabalho busca compreender de que forma os serviços públicos no município de Abaetetuba, entre os anos de 2020 a 2024, têm atendido às diretrizes das políticas públicas voltadas à pessoa idosa. A pergunta norteadora que guia esta investigação é: Como os serviços públicos de assistência social atenderam às políticas para idosos em Abaetetuba (PA) entre 2020 e 2024? Para responder a essa questão, define-se como objetivo geral analisar, sob a perspectiva psicológica, como os serviços psicossociais voltados à população idosa vêm sendo executados em Abaetetuba (PA), à luz das diretrizes previstas nas políticas públicas nacional, estadual e municipal. Como objetivos específicos, busca-se: (1) levantar os documentos oficiais vigentes que orientam as Políticas para a pessoa idosa; (2) analisar a execução das ações previstas para essa população no município; e (3) avaliar os impactos psicossociais da ausência ou insuficiência dos serviços ofertados, considerando o contexto local.

A metodologia adotada baseia-se em uma abordagem qualitativa, de caráter documental e analítico, utilizando como fontes os relatórios quadrimestrais dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), documentos emitidos pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI), relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social, documentos do Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI), legislações e normativas federais, estaduais e municipais, bem como artigos científicos publicados nos últimos cinco anos que deram ênfase ao tema. A escolha por fontes públicas disponíveis na internet justifica-se pelo caráter documental da pesquisa, que prioriza materiais oficiais e acessíveis ao público.

O foco analítico desta pesquisa está centrado nas ações voltadas à população idosa e nos impactos percebidos em sua saúde mental e bem-estar, seja de forma direta ou indireta. Espera-se que os resultados obtidos contribuam para o fortalecimento das políticas públicas no município de Abaetetuba, bem como para o reconhecimento da importância da Psicologia na análise crítica e no aprimoramento das práticas sociais e institucionais. Ao evidenciar fragilidades,

avanços e ausências existentes nas políticas voltadas à velhice em Abaetetuba, esta investigação busca promover caminhos possíveis para a construção de uma sociedade mais inclusiva e acolhedora em todas as fases da vida. A pesquisa também visa sensibilizar gestores e profissionais sobre a carência de atendimentos psicológicos destinados à população idosa, que muitas vezes permanece invisibilizada diante das demandas do sistema público.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DEMANDAS SOCIAIS.

O processo de envelhecimento populacional no Brasil tem se acelerado de forma significativa, exigindo adaptações urgentes nas políticas públicas de saúde. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) apontam que o número de pessoas com 60 anos ou mais passou de 202 milhões em 1950 para 1,1 bilhão em 2020, com projeção de alcançar 3,1 bilhões até 2100 (Zanatta *et al*., 2021).

Esse cenário impõe a necessidade de compreender o envelhecimento de forma integral, considerando aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos que influenciam diretamente a qualidade de vida dos idosos. Guarez e Tonet (2022) apontam que o aumento da longevidade e a redução do número de nascimentos configuram um novo perfil populacional, demandando adaptações em áreas como saúde, assistência social, moradia, transporte e lazer. Assim, torna-se imprescindível compreender o envelhecimento em suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, social e cultural.

Zanatta *et al*. (2021) destacam que, além de fatores demográficos, é necessário considerar o contexto histórico, econômico e territorial no qual os sujeitos envelhecem. Nesse sentido, políticas públicas eficazes precisam levar em conta as especificidades regionais e a diversidade da população idosa, promovendo a equidade no acesso aos serviços. Como afirmam os autores:

> O envelhecimento populacional não pode ser compreendido apenas como um fenômeno estatístico. Trata-se de uma transformação profunda que exige o redesenho das políticas públicas, o fortalecimento das redes de cuidado e a valorização da velhice como etapa legítima e produtiva da vida (Zanatta et al., 2021, p. 7).

MARCOS LEGAIS DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA.

No âmbito nacional, a Constituição Federal de 1988 representou um divisor de águas ao incluir a pessoa idosa entre os sujeitos de direitos prioritários, orientando o Estado a assegurar sua proteção. Posteriormente, a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/1994, reforçou essa diretriz ao afirmar como objetivo central "assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade" (Brasil, 1994).

Já o Estatuto do Idoso, estabelecido pela Lei nº 10.741/2003, consolida os direitos da pessoa idosa de maneira ampla e detalhada. O artigo 3º afirma:

> É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2021, p. 2).

No âmbito estadual, o Decreto nº 3.821/2024, do Estado do Pará, regulamenta o funcionamento do Fundo Estadual da Pessoa Idosa (FUNEPI/PA). Tal instrumento visa garantir recursos para a execução de ações intersetoriais destinadas à proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas. O decreto destaca que: "A gestão do fundo deve estar alinhada aos princípios das políticas nacional e estadual da pessoa idosa, submetendo-se às decisões do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDPI/PA)" (Pará, 2024, p. 2). Essa regulação fortalece o controle social e a transparência, assegurando que os recursos sejam aplicados em programas de capacitação, acessibilidade, campanhas de utilidade pública, entre outros.

No contexto municipal, a atuação da Câmara Municipal de Abaetetuba é fundamental para o fortalecimento das políticas públicas locais voltadas à pessoa idosa. De acordo com a Resolução nº 01/2007, a Câmara não apenas exerce função legislativa, mas também atribuições de fiscalização financeira e orçamentária, controle político-administrativo e assessoramento das ações do Executivo: "A Câmara tem funções legislativas, exerce atribuições de fiscalização externa, financeira e orçamentária, controle e assessoramento dos atos do Executivo" (Abaetetuba, 2007,

art. 2º, §2º). Esse acompanhamento é crucial para garantir a efetivação das políticas públicas de assistência social que envolvem diretamente os idosos, como os serviços ofertados pelos CRAS, CREAS e o Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI).

A INVISIBILIDADE SOCIAL E O IDADISMO.

Mesmo com o avanço das leis, a realidade vivida por muitas pessoas idosas é marcada por negligência e exclusão. O conceito de invisibilidade social refere-se à condição em que determinados grupos são ignorados ou não reconhecidos como sujeitos de direitos. No caso da velhice, isso se manifesta através do idadismo, um preconceito baseado na idade que reduz o valor social da pessoa idosa. Segundo Silva *et al.* (2023, p. 4), "o idadismo pode ocorrer em nível institucional, interpessoal ou até autodirigido, comprometendo a autoestima e o sentimento de pertencimento da pessoa idosa" Esse preconceito silencioso reforça estereótipos de dependência, inutilidade e fragilidade, impedindo que os idosos sejam reconhecidos como sujeitos ativos e participativos. Essa visão contribui para o afastamento do idoso dos espaços de decisão e participação, inclusive nos planejamentos institucionais e orçamentários das políticas públicas.

PANDEMIA DE COVID-19 E AGRAVOS À SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS.

O sofrimento psíquico na velhice é uma condição multifatorial, associada à fragilidade estrutural, perda de vínculos sociais, isolamento e à influência de determinantes sociais, como a desigualdade e a exclusão, que limitam o acesso a direitos básicos (Silva et al., 2020). Os mesmos autores identificaram, em estudo realizado no Brasil, uma prevalência de 41,8% de sofrimento psíquico entre idosos, o que reforça a necessidade de intervenções precoces e de políticas que promovam o envelhecimento ativo, preservando a autonomia e a qualidade de vida desse grupo. De acordo com Kaluf e Vieira (2022), durante a pandemia de COVID-19, idosos relataram interrupção de atividades de lazer, dificuldades no acesso a serviços de saúde e sentimentos intensos de tristeza e solidão,

indicando uma sobrecarga emocional agravada pelo contexto pandêmico.

O advento da pandemia de COVID-19 intensificou as vulnerabilidades já existentes na população idosa. As medidas de distanciamento social e isolamento, necessárias para conter a propagação do vírus, tiveram como efeito colateral o agravamento do sofrimento psíquico entre os idosos (Kaluf e Vieira, 2022). Muitos relataram sentimentos de angústia, tristeza e medo da morte, intensificados pela interrupção de tratamentos médicos e pela limitação das atividades sociais e de lazer.

Além disso, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde durante o período pandêmico impactaram negativamente o controle de doenças crônicas, aumentando a sensação de desamparo e insegurança entre os idosos (Kaluf e Vieira, 2022). A experiência direta em serviços de saúde relatada pelos autores demonstrou que os idosos enfrentaram obstáculos significativos para manter a continuidade dos cuidados, o que reforça a importância de estratégias que garantam assistência contínua e integrada, mesmo em situações de crise sanitária.

A pandemia evidenciou, portanto, a necessidade de fortalecer a rede de apoio psicossocial para a população idosa, incluindo ações de suporte emocional, acesso facilitado aos serviços de saúde e estratégias de reintegração social no pós-pandemia (Zanatta *et al*., 2021).

A promoção da saúde mental na velhice demanda uma rede de apoio multidimensional, que vá além da assistência médica tradicional. Como destacam Zanatta et al. (2021), o sofrimento psíquico enfrentado por idosos em situação de vulnerabilidade requer ações integradas que contemplem as dimensões física, psíquica, social e espiritual, assegurando dignidade e qualidade de vida frente aos desafios do envelhecimento.

A construção de estratégias eficazes de enfrentamento do sofrimento psíquico passa pelo fortalecimento das redes de apoio familiares e comunitárias, bem como pela ampliação do acesso a serviços de saúde mental especializados e acolhedores (Cunha *et al*., 2025). Nesse sentido, torna-se imprescindível investir em políticas públicas que promovam a saúde mental da pessoa idosa de forma contínua e integrada, garantindo o envelhecimento ativo e saudável.

PSICOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DA DIGNIDADE NA VELHICE.

A Psicologia, especialmente em sua vertente social, tem se mostrado fundamental na promoção da dignidade da pessoa idosa ao articular saberes, políticas públicas e práticas comunitárias voltadas à inclusão e ao reconhecimento da velhice como etapa legítima e ativa da vida. Como evidenciam Pinheiro e Moura (2024), a atuação do psicólogo nesse campo deve articular-se com os serviços do SUAS, os conselhos de direitos e entidades da sociedade civil, considerando os marcadores sociais que atravessam a velhice, como gênero, classe, raça e território. Para os autores, a psicologia pode contribuir significativamente com a efetivação de políticas públicas, ao promover espaços que valorizem a memória, a história e os vínculos sociais da pessoa idosa.

Bonfim, Bernardo e Castelar (2023) afirmam que a atuação psicológica voltada à população idosa deve superar a lógica tradicional da clínica individual, ampliando o olhar para os determinantes sociais e as desigualdades que atravessam o envelhecimento: "A psicologia crítica compreende que o homem é produto e produtor social e histórico, constituído na dialética da individualidade e da coletividade" (Bonfim, Bernardo e Castelar, 2023, p. 3).

Essa compreensão convoca o psicólogo a desenvolver práticas comprometidas com a justiça social, que favoreçam a participação cidadã dos idosos e rompam com o assistencialismo. Ainda de acordo com os autores, embora existam avanços nas políticas públicas, ainda há práticas descontextualizadas e pouco integradas aos direitos humanos. Tinoco *et al*. (2023) reforçam a importância da psicologia como promotora de autoestima, empoderamento e autonomia na velhice, desde que orientada por uma perspectiva dos direitos humanos. Eles observam que o envelhecimento ativo não é apenas uma meta biológica, mas sobretudo social e política: "A atuação da psicologia atrelada aos Direitos Humanos pode favorecer o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos, proporcionando melhorias na autoestima e autonomia" (Tinoco *et al*., 2023, p. 1383).

Já Leandro-França e Murta (2023) destacam que a promoção da saúde mental na velhice passa pela criação de contextos que estimulem a autoeficácia e a construção de vínculos, com intervenções breves e acessíveis em contextos comunitários. As autoras afirmam que essas intervenções são especialmente eficazes quando orientadas pela promoção da autonomia e da dignidade, o que reafirma a necessidade de uma psicologia engajada com as políticas públicas e os contextos reais de vida dos idosos. Desse modo, a psicologia, ao integrar os direitos humanos e o compromisso social à sua prática, contribui não apenas para o bem-estar individual, mas também para a construção de políticas efetivas que respeitem e valorizem os sujeitos idosos em sua pluralidade e complexidade.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO AOS IDOSOS NA REGIÃO NORTE.

Estudos demonstram que a região Norte do Brasil, que inclui o estado do Pará, enfrenta desafios particulares no que se refere à oferta de serviços de saúde mental para a população idosa. A escassez de recursos, a dificuldade de acesso geográfico e a limitação de profissionais especializados comprometem a efetividade das políticas públicas voltadas para esse público (Silva *et al.*, 2020).

É fundamental reconhecer que a vulnerabilidade dos idosos em contextos rurais e amazônicos se acentua devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade, isolamento geográfico e renda limitada (Silva et al., 2020). Nesse sentido, Zanatta *et al.* (2021) ressaltam que o envelhecimento deve ser compreendido de forma integral, considerando as especificidades locais e culturais que impactam diretamente na experiência do idoso e nas suas necessidades de cuidado.

Portanto, a análise dos serviços públicos de saúde mental em Abaetetuba (PA) deve contemplar esses fatores regionais para garantir que as políticas de saúde sejam realmente efetivas e inclusivas, promovendo um cuidado digno e humanizado para os idosos da região.

VULNERABILIDADE SOCIAL E PSICOSSOCIAL DO ENVELHECIMENTO EM ABAETETUBA-PA.

Estudos demonstram que a região Norte do Brasil, que inclui o estado do Pará, enfrenta desafios particulares no que se refere à oferta de serviços de saúde mental para a população idosa. A escassez de recursos, a dificuldade de acesso geográfico e a limitação de profissionais especializados comprometem a efetividade das políticas públicas voltadas para esse público (Silva *et al*., 2020). É fundamental reconhecer que a vulnerabilidade dos idosos em contextos rurais e amazônicos se acentua devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade, isolamento geográfico e renda limitada (Silva *et al*., 2020).

Nesse sentido, Zanatta *et al*. (2021) ressaltam a importância de considerar as especificidades locais. Observou-se nas análises dos relatórios do município de Abaetetuba (PA), durante o estudo, que a execução das políticas públicas voltadas à pessoa idosa enfrenta obstáculos estruturais e operacionais. A ausência de profissionais específicos, como psicólogos e educadores físicos, a limitação da oferta de serviços voltados ao envelhecimento e a fragilidade dos conselhos do município refletem a precarização dos direitos dessa parcela da população. A análise documental evidencia que a população idosa de Abaetetuba (PA) se encontra em situação de vulnerabilidade agravada por fatores estruturais, econômicos e geográficos. Dados do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA, 2023) apontam que 64,66% da população vive abaixo da linha da pobreza, índice que sobe para 79,57% na zona rural. Essa condição afeta diretamente o acesso aos serviços básicos e compromete a efetividade das políticas públicas de proteção à velhice.

A pandemia de COVID-19 revelou as fragilidades das redes de apoio sociais voltadas ao público idoso, especialmente em municípios com altos índices de vulnerabilidade como Abaetetuba (PA). Estudos indicam que o isolamento social e a suspensão de atividades de lazer agravaram sentimento de tristeza, solidão e abandono entre os idosos, evidenciando a importância de estratégias públicas que priorizem a saúde mental e a reinserção social na velhice (Kaluf; Vieira, 2022; Zanatta et al., 2021).

Nesse cenário, o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI) de Abaetetuba protagonizou ações inovadoras, voltadas à

promoção da dignidade, da autonomia e do pertencimento dos idosos em seus territórios. Entre os destaques, estão os projetos aprovados com recursos do Fundo do Idoso, elaborados em parceria com o Centro de Convivência da Pessoa Idosa Francisco Maués Carvalho (CCPI), e alinhados às diretrizes do Estatuto da Pessoa Idosa e à Política Nacional de Assistência Social.

PROJETO CONECTIVIDADE-INCLUSÃO DIGITAL E BEM-ESTAR EMOCIONAL.

Criado em 2021 por meio da Resolução nº 006/2021/CMDPI, o Projeto Conectividade teve como finalidade central a inclusão digital da pessoa idosa, buscando reduzir o isolamento e promover o bem-estar emocional. Com apoio do Itaú Social, o projeto promoveu oficinas de letramento digital, grupos virtuais de socialização e atendimentos remotos, resgatando o sentimento de pertencimento por meio da tecnologia (CMDPI, 2021).

Do ponto de vista da Psicologia, essa proposta está alinhada às evidências de que a ausência de vínculos significativos contribui para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade e sentimentos de inutilidade na terceira idade (Almeida, 2020). Sua formalização nos planos de ação do Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa demonstra a institucionalização do cuidado psicossocial no município.

Em 2024, o projeto foi renovado pela Resolução nº 004/2023/CMDPI, com investimentos adicionais para ampliação das atividades e melhorias na infraestrutura do CCPI, incluindo a instalação de placas solares. Essa continuidade reforça o entendimento de que as práticas psicossociais bem estruturadas contribuem significativamente para a saúde mental, autoestima e cognição da pessoa idosa, como previsto no artigo 3º do Estatuto do Idoso (Brasil, 2021).

PROJETO TRILHAS DO EMPREENDEDORISMO-FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA NA VELHICE.

Outro projeto de destaque é o "*Trilhas do Empreendedorismo*", aprovado pela Resolução nº 005/2021/CMDPI. A proposta nasceu da necessidade de promover a autonomia econômica e social dos idosos, a partir

do incentivo ao empreendedorismo, à criatividade e à valorização das experiências de vida acumuladas. O projeto garantiu acesso a cursos, oficinas e acompanhamento técnico, com financiamento pelo Fundo do Idoso (CMDPI, 2021).

Essa iniciativa corrobora com os princípios do Decreto Estadual nº 3.821/2024, que orienta a aplicação dos recursos do Fundo Estadual da Pessoa Idosa (FUNEPI/PA) em projetos voltados à promoção dos direitos, acessibilidade e capacitação da população idosa (PARÁ, 2024). A experiência de Abaetetuba demonstra que o empoderamento da pessoa idosa pode ser promovido com políticas públicas intersetoriais e sustentáveis.

PROJETO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO-VOZES E TERRITÓRIOS DA PESSOA IDOSA.

O projeto "Memórias, Territórios e Vivências: Diagnóstico da Pessoa Idosa", aprovado pela Resolução nº 007/2021/CMDPI, representa uma inovação na coleta de dados sobre envelhecimento. Realizado de forma participativa, com a inclusão de idosos como bolsistas de pesquisa, o projeto mapeou as condições de vida e os desafios enfrentados pelos idosos nos territórios urbanos, rurais, quilombolas e ribeirinhos do município (Abaetetuba, 2021).

O diagnóstico evidenciou a ausência de dados territorializados sobre a velhice, o que compromete a eficácia das ações públicas. Ao promover escuta ativa, elaboração de mapas temáticos e socialização dos resultados com órgãos públicos, o projeto reforçou a cidadania ativa dos idosos e forneceu subsídios concretos para a elaboração do Plano Municipal de Políticas para a Pessoa Idosa. Segundo documento oficial do CCPI, "a construção de um diagnóstico sobre a população idosa que considere as especificidades e territorialidades desta é de suma importância e necessário para dar embasamento à formulação de políticas públicas" (CCPI, 2021, p. 4). Essa perspectiva valoriza a Psicologia Social como promotora da escuta qualificada, da análise contextual e do protagonismo da pessoa idosa nas decisões sobre seu próprio território.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA PESSOA IDOSA (CCPI) DE ABAETETUBA.

A atuação do Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI) de Abaetetuba tem sido modelo na execução dessas práticas. Fundado em 29 de junho de 2006, o CCPI é uma associação privada sem fins lucrativos, regularmente ativa, cuja finalidade principal é a defesa de direitos sociais, conforme consta na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Brasil, Receita Federal, 2024).

A atuação do CCPI reforça princípios previstos no Estatuto da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Assistência Social, sobretudo por suas ações educativas, culturais, preventivas e de apoio psicossocial (Brasil, 2022). Durante o setembro Amarelo de 2024, o centro intensificou suas atividades com palestras, rodas de conversa e grupos de apoio, funcionando como espaço terapêutico e comunitário para idosos. "O CCPI tem sido um refúgio para muitos idosos que enfrentam a solidão e a depressão", funcionando como uma "segunda família" (Portal da Cidade Abaetetuba, 2024).

Além disso, a participação institucional do CCPI no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Abaetetuba está formalizada na Errata ao Decreto Municipal nº 203/2024, que nomeia representantes da entidade como membros do colegiado (Abaetetuba, 2024). Essa participação reflete o fortalecimento da cidadania ativa dos idosos, conforme aponta o Senado Federal: comprova que o CCPI tem representação formal e ativa na política municipal de assistência social, sendo reconhecido oficialmente como entidade participante da formulação e acompanhamento das políticas públicas voltadas à população idosa. Isso reforça sua validade institucional e relevância como boa prática local.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA E SOFRIMENTO PSÍQUICO NO ENVELHECE EM ABAETETUBA.

A violência contra a pessoa idosa no município de Abaetetuba (PA) configura-se como um desafio social significativo, exigindo respostas integradas entre os setores da saúde, da assistência social e da segurança pública. Dados divulgados pelo Centro de Convivência da Pessoa Idosa

(CCPI) revelam que, somente nos cinco primeiros meses de 2024, foram registrados 18 casos de violação de direitos, envolvendo negligência, abandono, violência psicológica, doméstica e até mesmo violência sexual (Portal da Cidade Abaetetuba, 2024). Todas essas ocorrências foram acompanhadas por uma equipe de psicologia da instituição, que desenvolve estratégias de escuta qualificada, rodas de conversa, oficinas educativas e acolhimento terapêutico.

Durante as mobilizações do junho Violeta de 2024, o CCPI intensificou suas ações voltadas à conscientização da comunidade sobre o envelhecimento digno e a prevenção de violências. Tais iniciativas buscaram mobilizar não apenas os idosos, mas também seus familiares, profissionais e membros da sociedade civil, promovendo espaços de diálogo e proteção. Como destacou a assistente social Leilliane Gomes, "a violência também se manifesta através da negligência, do abandono, da violência psicológica e do abuso financeiro. O idoso que sofre esse tipo de violência perde seus direitos e sua vitalidade" (Portal da Cidade Abaetetuba, 2024).

Figura: Dia Mundial da Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa.



Foto:Prefeitura de Abaetetuba

Nesse contexto, o papel da Psicologia se evidencia como essencial na mediação das situações de violência, oferecendo suporte emocional, resgatando a autoestima das vítimas e articulando o acesso às redes formais

de proteção. Mais do que intervenções pontuais, essas práticas psicossociais contribuem para a garantia do direito à dignidade, à escuta e ao envelhecimento saudável, reafirmando o compromisso ético com o cuidado humanizado. A atuação do CCPI, nesse sentido, torna-se referência local por sua abordagem integrativa e pelo fortalecimento das políticas públicas de proteção à pessoa idosa.

Além da violência, outra questão que tem despertado alerta é o sofrimento emocional silencioso da população idosa. Uma matéria recente divulgada pela plataforma oficial de notícias do município destacou a depressão como uma condição recorrente em Abaetetuba, afetando pessoas de todas as faixas etárias e agravada pela ausência de políticas públicas eficazes de saúde mental. A reportagem evidencia a insatisfação da população quanto à falta de ações concretas: “Precisamos de mais do que discursos. Queremos ações que cheguem até nós, que nos ajudem a enfrentar essa doença” (Portal da Cidade Abaetetuba, 2025).

Essas denúncias dialogam diretamente com os achados da presente pesquisa, que identificou a escassez de ações psicossociais sistemáticas nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e a descontinuidade dos grupos de convivência voltados à população idosa. Em contraposição, destaca-se a atuação contínua e efetiva do CCPI, que tem desempenhado um papel relevante no acolhimento emocional dos idosos, na escuta sensível e no desenvolvimento de estratégias de valorização e promoção da saúde mental.

ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DOS CRAS DE ABAETETUBA (2021-2024).

Durante a análise dos relatórios quadrimestrais dos CRAS de Abaetetuba, entre os anos de 2021 e 2024, foi possível perceber um padrão nas ações voltadas à pessoa idosa. Em grande parte dos documentos, a principal atividade registrada para esse público foi a orientação e o encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esse benefício é importante porque ajuda financeiramente idosos em situação de vulnerabilidade, mas foi praticamente a única ação constante encontrada ao longo dos relatórios.

Também foram identificados alguns grupos de convivência com idosos, através do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

(SCFV). No entanto, esses grupos nem sempre continuaram funcionando em todos os períodos, e em muitos relatórios nem chegaram a ser mencionados. Isso indica que as atividades coletivas para esse público nem sempre foram uma prioridade ou acabaram sendo interrompidas.

Em vários relatórios, foi possível encontrar justificativas para a falta dessas ações, como a ausência de profissionais necessários para conduzir os grupos, como psicólogos, educadores físicos e oficineiros. Sem esses profissionais, fica difícil realizar atividades que promovam a saúde, o bem-estar e o convívio social dos idosos.

Além disso, foram registrados muitos atendimentos individuais, visitas nas casas dos usuários e ações chamadas de "busca ativa", que tentam acompanhar as famílias com idosos. Essas ações são importantes, mas aparecem como substitutas das atividades em grupo, que são fundamentais para fortalecer os laços sociais e combater o isolamento dos idosos.

Outro ponto observado foram que poucas iniciativas mostraram uma articulação entre outros serviços, e os eventos voltados aos idosos, como o Dia do Idoso, apareceram de forma isolada, sem continuidade ao longo do ano. Também se percebeu que O Centros de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI) participaram de forma pontual, apenas em algumas campanhas ou eventos e em poucos CRAS.

Os registros do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) também revelaram a presença da pessoa idosa nas famílias atendidas, sobretudo como beneficiária do BPC. Embora existam experiências pontuais envolvendo idosos em oficinas, rodas de conversa e campanhas institucionais, a frequência dessas ações é baixa, e sua execução é muitas vezes episódica. A falta de planejamento contínuo, aliado à escassez de recursos e de equipe técnica, impede a consolidação de práticas sistemáticas voltadas ao cuidado integral da pessoa idosa.

Por fim, foram identificadas algumas iniciativas intergeracionais, que buscaram promover o diálogo entre diferentes faixas etárias por meio de oficinas, atividades físicas e eventos comunitários. Apesar de representarem experiências positivas e com potencial transformador, essas ações ainda ocorrem de forma fragmentada e não integram uma política estruturada de envelhecimento ativo. A ausência de regularidade e o caráter pontual dessas iniciativas demonstram a necessidade de incorporar, com maior intencionalidade, a perspectiva intergeracional nas políticas públicas de assistência social.

Em síntese, a análise documental dos relatórios dos CRAS de Abaetetuba evidenciou que, embora existam ações voltadas à população idosa, elas são insuficientes, descontinuadas e frequentemente secundarizadas em relação a outros públicos. A velhice ainda não é reconhecida como prioridade institucional, e os serviços prestados carecem de planejamento, recursos humanos qualificados e articulação intersetorial. Tais fatores contribuem para a manutenção da invisibilidade da pessoa idosa e para a precarização dos seus direitos no âmbito da assistência social.

Tivemos acesso dos Relatórios de Gestão da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Assistência Social de Abaetetuba, entre os anos de 2020 e 2022. Durante a análise percebeu-se existência de ações relevantes nas áreas da saúde e assistência social, observa-se uma ausência persistente de programas estruturados e exclusivos voltados à terceira idade. O Relatório de Gestão de 2020 registra ações voltadas à promoção da saúde da população em geral, com impactos indiretos sobre a velhice (Prefeitura Municipal de Abaetetuba, 2020). Dentre as iniciativas, destacam-se:

> - Distribuição de medicamentos de uso contínuo e psicotrópicos;
> Fornecimento de leite sem lactose e polivitamínicos por ordem judicial;
> - Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e tuberculose;
> - Investimentos na rede de proteção social, com aquisição de materiais para o SCFV e apoio às equipes dos CRAS.

Embora essas medidas não tenham sido destinadas exclusivamente aos idosos, elas contemplam problemas de saúde recorrentes na terceira idade, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida desse público. No entanto, o relatório não apresenta menções explícitas à pessoa idosa como público prioritário, revelando uma lacuna na formulação de políticas específicas para esse grupo etário.

Em 2021, o Relatório de Gestão Municipal reconhece a importância de priorizar os idosos, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19. O documento afirma que: "A organização das ações de saúde deve considerar a equidade e a integralidade do cuidado, respeitando as especificidades de cada grupo populacional" (Prefeitura Municipal de Abaetetuba, 2021, p. 3).

Nesse período, foram realizadas ações importantes para melhorar o atendimento nos CRAS, como:

- Compra de móveis, materiais e outros itens que ajudaram no funcionamento desses locais.
- Houve apoio ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), com a entrega de cestas básicas e o acompanhamento de idosos que vivem em situações difíceis.

Apesar dessas ações, verifica-se que elas foram inseridas em programas amplos e não constituem políticas direcionadas exclusivamente à população idosa. A ausência de projetos com foco exclusivo na terceira idade evidencia a fragilidade institucional na priorização das demandas desse grupo. A gestão ainda não tratava a velhice como uma categoria com necessidades próprias e permanentes.

O Relatório da Fiscalização de Proteção Social de 2022 reforça a constatação da invisibilidade da velhice no município (Prefeitura Municipal de Abaetetuba, 2022). Apesar da continuidade das ações no enfrentamento à COVID-19, nenhuma medida específica voltada ao público idoso foi registrada. As ações se concentraram principalmente em:

- Operações de fiscalização noturna (ações realizadas por órgãos públicos durante a noite com o objetivo de verificar o cumprimento de leis, normas ou decretos. Essas operações geralmente envolvem a presença de fiscais, agentes da vigilância sanitária, guarda municipal, polícia ou outras autoridades locais.)
- Cumprimento de decretos municipais sobre vacinação.

Não há registros de campanhas educativas, visitas domiciliares ou acompanhamentos voltados à terceira idade. Essa omissão é especialmente preocupante, considerando que os idosos compunham o grupo mais vulnerável durante a pandemia. A ausência de iniciativas específicas reforça a percepção de invisibilidade institucional e negligência quanto às necessidades desse segmento da população.

Ao longo dos três anos analisados, observa-se uma desarticulação entre as práticas da gestão municipal e os direitos previstos em legislações como o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994). A não efetivação de ações pautadas nessas normativas evidencia um distanciamento entre o que é garantido em lei e o que é, de fato, implementado no cotidiano da administração pública.

A recorrente ausência de políticas públicas específicas e estruturadas para os idosos reforça a urgência de ações mais sensíveis ao processo de envelhecimento populacional, capazes de garantir a dignidade, a proteção e a cidadania plena da pessoa idosa em Abaetetuba.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar, sob a perspectiva da Psicologia, as ações das políticas públicas de assistência social voltadas à população idosa no município de Abaetetuba (PA), no período de 2020 a 2024. Partindo da compreensão de que o envelhecimento envolve dimensões sociais, históricas e subjetivas, buscou-se compreender de que forma as leis e diretrizes nacionais, estaduais e municipais vêm sendo efetivadas.

A análise documental evidenciou que, embora exista uma estrutura normativa consistente como o Estatuto da Pessoa Idosa, a Política Nacional do Idoso e as diretrizes do SUAS, a implementação local dessas políticas enfrenta fragilidades. Nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), predomina uma lógica assistencialista e burocrática, com baixa atenção às dimensões psicossociais do envelhecimento. A carência de profissionais especializados, a interrupção de atividades coletivas e a baixa integração entre os serviços públicos intensificam reforçam a invisibilidade institucional enfrentada pela população idosa em Abaetetuba. Em contrapartida, destacam-se iniciativas bem-sucedidas como as desenvolvidas pelo Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI) e pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI). Essas experiências mostram que é possível construir práticas mais humanas, participativas e efetivas quando há mobilização social, financiamento adequado e compromisso político com a dignidade na velhice.

Do ponto de vista da Psicologia, os resultados reafirmam a importância da escuta qualificada, da valorização das trajetórias de vida e do fortalecimento dos vínculos afetivos e comunitários na promoção da saúde mental da pessoa idosa. A negligência institucional não afeta apenas a saúde física, mas também compromete a autoestima, enfraquece o sentimento de pertencimento social e intensifica a exclusão dos idosos. Reconhecer a velhice como uma fase legítima da existência humana requer

mais do que legislações: exige ações concretas que promovam autonomia, dignidade e cidadania.

Os resultados desta pesquisa não nos trouxeram apenas dados e análises sobre as políticas públicas voltadas para a pessoa idosa em Abaetetuba (PA), mas também provocaram reflexões importantes em nós, pesquisadoras que vivem e estudam na realidade amazônica. Durante a investigação, foi possível perceber o quanto a velhice ainda é invisibilizada em muitos contextos, além das dificuldades enfrentadas pelos serviços públicos. Ao mesmo tempo, reconhecemos a força de algumas ações institucionais que, mesmo com recursos limitados, seguem tentando atender essa população com dignidade.

Chegar a esses resultados ampliou nosso olhar crítico sobre o lugar onde vivemos, sobre as políticas que influenciam diretamente a vida das pessoas e sobre nosso papel como futuras psicólogas. Esses achados não representam apenas informações em documentos, mas revelam desigualdades reais, mas também caminhos para mudanças. Acreditamos que este trabalho pode contribuir não só para o meio acadêmico, mas também para profissionais da Psicologia, gestores públicos e todos os envolvidos com políticas sociais no Brasil, especialmente na região amazônica. Diante disso, conclui-se que os serviços públicos em Abaetetuba ainda apresentam falhas significativas na efetivação das diretrizes voltadas à população idosa. O desafio está não apenas na ampliação da oferta, mas, sobretudo, na qualificação dos serviços com base em uma abordagem ética, humanizada e sensível às especificidades do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ABAETETUBA. **Errata ao Decreto Municipal nº 203/2024.** Abaetetuba (PA): Prefeitura Municipal de Abaetetuba, jul. 2024. Disponível em: < https://abaetetuba.pa.gov.br/wp-content/uploads/2025/02/ALTERAR-O-DECRETO-No-203-2024.pdf >.

ABAETETUBA. **Resolução nº 004/2023/CMDPI, de 14 de nov. de 2023**. Autoriza a continuidade do Projeto Conectividade para o ano de 2024. Abaetetuba: Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, 2023.

ABAETETUBA. **Resolução nº 006/2021/CMDPI, de 29 de jul. de 2021**. Aprova o Projeto Conectividade: Inclusão Digital da Pessoa Idosa. Abaetetuba: Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, 2021.

ABAETETUBA. **Resolução nº 007/2021/CMDPI, de 29 de julho de 2021**. Aprova o Projeto Memórias Territórios e Vivências: Diagnóstico da Pessoa Idosa. Abaetetuba: Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, 2021.

ABAETETUBA. **Resolução nº 01/2007. Altera a Resolução nº 005/92 – Regimento Interno da Câmara Municipal de Abaetetuba. Abaetetuba: Câmara Municipal, 2007**. Disponível em: < https://leismunicipais.com.br/a/pa/a/abaetetuba/resolucao/2007/1/1/resolucao-n-1-2007?q=Direitos+do+Idoso >.

ABAETETUBA. **Resolução nº 01/2007. Dispõe sobre as funções legislativas da Câmara Municipal**. Abaetetuba: Câmara Municipal, 2007.

ALASZEWSKI, Andy. Uso de documentos na pesquisa em saúde. In: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (org.). **Pesquisa em Saúde: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Mistos**. São Paulo: Roca, 2023. p. 47–93.

ALMEIDA, H. D. P. de *et al*. **A importância da atuação da equipe psicossocial nas escolas da rede pública do município de Abaetetuba-Pará**. Abaetetuba: SEMEC, 2025. Disponível: < https://doi.org/10.56238/interdiinovationscrese-049 >.

ALMEIDA, Olga L. S**.** Saúde mental do idoso: uma questão de saúde pública. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 3, p. E1–E3, 2020. Disponível em: < https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3pE1-E3 >.

BISPO JÚNIOR, José P. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, art. 101, 2022. Disponível em: < https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164 >.

BONFIM, Camila B.; BERNARDO, Kátia J. C; CASTELAR, Marilda. Atuação da Psicologia no contexto da saúde coletiva e as políticas públicas direcionadas ao público idoso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, p. 1–20, 2023. DOI: https://doi.org/10.22456/2316-2171.123507.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. **3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013**. Disponível em: < http://www.saude.gov.br/bvs >.
BRASIL. **Estatuto do Idoso**. **5. ed. atual. até jul. 2021**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2021. Disponível em: < https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/592242/Estatuto_do_idoso_5ed.pdf >.
BRASIL. **Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 5**. ed. atual. - jul. 2021. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2021. Disponível em: < https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/59 2242/ Estatuto _do_idoso_5ed.pdf >.
BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa. Atualizado até 2022**. Serviços e Informações do Brasil+1Serviços e Informações do Brasil, 2022. Disponível em: < https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/estatuto-da-pessoa-idosa.pdf >.
BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm >.
BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.** Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas. Brasília: MDS, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/mds >.
BRASIL. Ministério Público do Estado do Pará. **Diagnóstico Socioassistencial do Município de Abaetetuba**. Belém: MPPA, 2020. Disponível em: < https://www2.mppa.mp.br >.
BRASIL. **Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Brasília, 1994.
BRASIL. **Receita Federal.** ***Consulta CNPJ – Centro de Convivência da Pessoa Idosa Francisco Maués Carvalho*****.** Disponível em: < https://www.gov.br/receitafederal/pt-br >.
BRASIL**.** SENADO FEDERAL**. Subcomissão Temporária sobre a Situação dos Idosos no Brasil. Relatório Final.** Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: ¸

< https://www12.senado.leg.br >.
CÂMARA MUNICIPAL DE ABAETETUBA. **Ata da Sessão Extraordinária n.º 055, de 11 de dezembro de 2023.** Disponível em: < https://cmabaetetuba.pa.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Ata-n.o-055-Sessao-11-de-dezembro-Extraordinaria.pdf >.
CÂMARA MUNICIPAL DE ABAETETUBA. **Ata da Sessão Ordinária n.º 041, de 1º de setembro de 2021.** Disponível em: < https://cmabaetetuba.pa.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/Ata-no.-041-01-de-setembro.pdf >.
CENEDESI JÚNIOR, Mario A.; VOUILLAT, Silvia E. La investigación cualitativa en el campo de las ciencias sociales. **Revista Aurora**, Marília, SP, v. 16, n. 1, p. 9–24, 2023. DOI: 10.36311/1982-8004.2023.v16.n1.p9-24. Disponível em: < https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/14425 >.
CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA PESSOA IDOSA – CCPI**. Memórias, Territórios e Vivências: Diagnóstico da Pessoa Idosa**. Abaetetuba: CCPI, 2021. Aprovado pela Resolução nº 007/2021/CMDPI, de 29 de julho de 2021.
CNPJ. BIZ. **Centro de Convivência da Pessoa Idosa – 08.100.956/0001-77**. Abaetetuba: Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica. Disponível em: < https://cnpj.biz/08100956000177 >.
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA (CMDPI). **Resolução nº 005/2021/CMDPI, de 29 de julho de 2021. Aprova o Projeto Trilhas do Empreendedorismo e autoriza a captação de recursos via Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa**. Abaetetuba: CMDPI, 2021.
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA (CMDPI). **Resolução nº 006/2021/CMDPI, de 29 de julho de 2021. Aprova o Projeto Conectividade: Inclusão Digital da Pessoa Idosa.** Abaetetuba: CMDPI, 2021
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA. **Resolução nº 005/2021/CMDPI: Aprova o Projeto Trilhas do Empreendedorismo.** Abaetetuba: CMDPI, 2021.
CUNHA, Aparecida B. da *et al*. O sofrimento psíquico feminino no processo de trabalho e do envelhecimento. **Revista Interdisciplinar Interdii – Innovations**, v. 1, n. 2, p. 1–17, 2025. Disponível em: < https://interdiinovations.com.br >.

Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA). **Anuário Estatístico do Pará 2023 - Proporção de idosos com 65 anos ou mais, por município do Pará, 2018 a 2022.** Belém: FAPESPA, 2023. Disponível em: < https://fapespa.pa.gov.br/sistemas/anuario2023/tabelas/demografia/tab-1.5-proporcao-de-idosos-2018-a-2022.htm >.

GUAREZ, Gabriele; TONET, Hermano. Mudanças no perfil etário da população brasileira: novas demandas e o papel do Estado**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 2, p. 44562–44569, 2022. Disponível em: < https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6169 >.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Abaetetuba (PA) - Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/abaetetuba.html >.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Abaetetuba (PA) - Cidades e Estados.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/abaetetuba.html >.

KALUF, Bianca C.; VIEIRA, Williane O. Sofrimento psíquico em idosos durante a pandemia: Um relato de experiência. **Revista Brasileira de Saúde Mental (RBSM)**, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2022. Disponível em: < https://rbsm.org.br >.

LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; MURTA, Sheila G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001152013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA). **Plano de atuação para o fortalecimento das políticas públicas no município de Abaetetuba.** Belém: MPPA, 2023. Disponível em : < Áreas de atuação | Portal MPPA >.

OLIVEIRA, Eliane F. de; CAITANO, Ana C. da S.; PONTES, Marina F. A desigualdade social e os determinantes sociais da saúde na Amazônia: um olhar sobre a invisibilidade dos pobres. **Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Pará (UFPA)**, v. 11, n. 22, p. 233–244, 2020.

PARÁ (Estado). **Decreto nº 3.821, de 3 de abril de 2024. Regulamenta a Lei Estadual nº 8.667/2018, que institui o Fundo Estadual da Pessoa Idosa (FUNEPI/PA)**. Diário Oficial do Estado do Pará, nº 35.768, Belém, 04 abr. 2024.
PARÁ (Estado***). Lei Estadual nº 8.647, de 2018. Declara de utilidade pública o Centro de Convivência da Pessoa Idosa de Abaetetuba.*** In: PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO PARÁ. Ementário Anual da Legislação Estadual de 2018. Disponível em: < https://www.pge.pa.gov.br/sites/default/files/legislacao/EMENTARIO-ANUAL-LEGISLACAO-ESTADUAL-2018.pdf >.
PARÁ. **Decreto de 6 de julho de 2023. Nomeia representantes da sociedade civil e do poder público para o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDPI/PA).** Diário Oficial do Estado do Pará, nº 35.463, 07 jul. 2023.
PARÁ. **Decreto nº 3.821, de 3 de abril de 2024. Regulamenta o Fundo Estadual da Pessoa Idosa - FUNEPI/PA e dá outras providências.** Belém: Diário Oficial do Estado do Pará, 04 abr. 2024. Disponível em: < https://www.diariooficial.pa.gov.br >.
PARÁ. **Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA).** ***Relatório de Gestão SESPA 2022*****. Belém: SESPA, 2022.** Disponível em: < RELATORIO-DE-GESTAO-2022.pdf >.
PINHEIRO, D. L. R.; MOURA, F. G. Marcos históricos e legais da Política Nacional de Assistência Social no Brasil. ***Revista Interfaces Científicas - Direito***, Aracaju, v. 10, n. 1, p. 109–124, 2024.
PINHEIRO, S. R. de N.; MOURA, G. B. de. Marcos históricos da política pública de assistência social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 2, p. e–6628394, 2024.
PINTO, Gabriella B. **O desenvolvimento das políticas públicas voltadas aos direitos dos idosos**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2023.
PORTAL DA CIDADE ABAETETUBA. **CCPI: alegria e esperança contra o suicídio em Abaetetuba**. Publicado em 09 set. 2024. Disponível em: < https://abaetetuba.portaldacidade.com/noticias/saude/ccpi-alegria-e-esperanca-contra-o-suicidio-em-abaetetuba-5412 >.

PORTAL DA CIDADE ABAETETUBA. **Comunidade cobra ações de saúde mental.** Disponível em: < Depressão: doença silenciosa que preocupa Abaetetuba e exige ações públicas >.
PORTAL DA CIDADE ABAETETUBA. **Conheça as atribuições da Secretaria Municipal de Assistência Social de Abaetetuba.** Publicado em 19 dez. 2024. Disponível em: < https://abaetetuba.portaldacidade.com/noticias/politica/conheca-as-atribuicoes-da-secretaria-municipal-de-assistencia-social-de-abaetetu-2142 >.
PORTAL DA CIDADE ABAETETUBA. **Junho Violeta: Abaetetuba promove ações para combater violência contra idosos**. Abaetetuba, 16 jun. 2024. Disponível em: < https://abaetetuba.portaldacidade.com/noticias/publicacoes-legais/junho-violeta-abaetetuba-promove-acoes-para-combater-violencia-contra-idosos-3850 >.
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABAETETUBA. **Relatório da Fiscalização de Proteção Social – 2022**. Abaetetuba: Comissão Municipal de Proteção e Defesa Civil – COMPDEC, 2022. Disponível em: Secretaria Municipal de Administração - Relatório de Gestão Municipal - Prefeitura Municipal de Abaetetuba | Gestão 2025-2028.
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABAETETUBA. **Relatório de Gestão Municipal: exercício financeiro de 2020.** Abaetetuba: Sistema de Controle Interno, 2020. Disponível em: Secretaria Municipal de Administração - Relatório de Gestão Municipal - Prefeitura Municipal de Abaetetuba | Gestão 2025-2028.
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABAETETUBA**. Relatório de Gestão Municipal: exercício de 2021**. Abaetetuba, PA: Sistema de Controle Interno, 30 dez. 2021. Disponível em: Secretaria Municipal de Administração - Relatório de Gestão Municipal - Prefeitura Municipal de Abaetetuba | Gestão 2025-2028 Acesso em: 21 abril 2025.
SILVA, A. R.; OLIVEIRA, G. R.; BARBOSA, D. C. Sofrimento psíquico em idosos: uma análise a partir dos determinantes sociais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1–10, 2020. Disponível em: < https://www.rbgg.com.br >
SILVA, Maria do R. de F.; SILVA, Maria de Jesus A. Envelhecimento e políticas públicas na América Latina e no Brasil: desafios e perspectivas. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 35, n. 2, p. 01–15, 2024. Disponível em: < https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/15263 >.

SILVA, Maria do R. de F; SILVA, Maria de Jesus Assunção. Envelhecimento e políticas públicas na América Latina e no Brasil: desafios e perspectivas. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 35, n. 2, p. 01–15, 2024. Disponível em: < https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/15263 >.
SILVA, Talita da; MARQUES, Eliane A.; RIBEIRO, José B**.** Velhices invisibilizadas: desafios para a garantia de direitos da pessoa idosa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 26, n. 1, p. 29–45, 2023. Disponível em: < https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/60375 >.
TINOCO, Denise L. *et al*. A psicologia e a práxis dos direitos humanos para o envelhecimento ativo. In: **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**. Porto Alegre: CIEH, 2023. p. 1381–1392.
TUZZO, Simone A.; SANTOS, Inês G.; BRAGA, Claudomilson F. O caráter dialógico da pesquisa qualitativa. **New Trends in Qualitative Research,** v. 19, 2023. Disponível em: < https://doi.org/10.36367/ntqr.19.2023.e864 >.
ZANATTA, Éverson *et al*. Aspectos sociodemográficos de idosos de um assentamento rural do estado do Pará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. e200050, 2021. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/rbgg >.

Autorias

ALDENISE SILVA DE NAZARÉ
Especialista em Gestão Educacional (IPIRANGA). Administradora e Licenciada em Administração (IESAM). Pedagoga e Licenciada em Pedagogia (URCA). Psicóloga (UNAMA). E-mail: psidenisebaia@hotmail.com

ALESSANDRA NASCIMENTO BRAGA
Professora da UFPA, lotada na Faculdade de Física (FACFIS) - Campus de Ananindeua. Possui Doutorado em Física e Mestrado em Física pelo PPG em Física da UFPA. Possui especialização em Psicologia da Educação e Aprendizagem pela Faculdade Conexão - Grupo Prominas, assim como graduação em Licenciatura Plena em Física pela UFPA e Graduação em Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade Única de Ipatinga. Integrante do Grupo de Pesquisa Casimir - Amazônia; Group of Applied Field Theory (GRAFIT); Grupo de Eletrônica Molecular de Ananindeua (GEMA); Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação em Educação (GETIC/UFPA); e Vice-Líder do Grupo de Pesquisa em Ensino de Ciências e Física da UFPA (GPECF). Atualmente integra o corpo docente do PPG em Ciência e Engenharia de Materiais (PPGCEM/UFPA) e do Programa de Mestrado Nacional Profissional em Ensino de Física (MNPEF) - polo UFPA.

AMANDA LAÍSSA RIBEIRO
Graduanda em Psicologia no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Email: amandalrguimaraes@gmail.com

AMANDA QUARESMA DE CASTRO
Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNIFAMAZ.

ANA LUIZA RIBEIRO DE LIMA
Graduanda em Psicologia no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Email: amandalrguimaraes@gmail.com

ANA WLADIA SILVA LIMA

Graduada em Serviço Social pela UFPA e especialista em Pesquisa e gestão governamentais dirigidas a família, criança adolescente (UFPA). Atualmente é assistente social da unidade de referência materno infantil adolescente, atuando como supervisora técnica de estágio no serviço UNIP da unidade de referência materno infantil adolescente, Assistente Social do Fundação Papa João XXIII, Monitora da Universidade Estadual do Pará e Assistente de pesquisa do Fundação Oswaldo Cruz.

ANANDA VITORIA CARDOSO RODRIGUES

Graduada em Psicologia (UFPA) e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Transversalizando (UFPA).

BÁRBARA ARAÚJO SORDI

Psicóloga (UNAMA). Pós-graduada em Psicologia da Saúde e Hospitalar (IEPS). Mestra e Doutora em Psicologia (PPGP/UFPA). Tem formação como facilitadora de Círculos restaurativos em Violência Doméstica pelo Tribunal de Justiça do Pará. Possui formação como Psicanalista pelo Círculo Psicanalítico do Pará (2018). Docente no Centro Universitário da Amazônia (UNIFAMAZ). Coordena a página @feminismoepsicologia e atualmente é colunista no site Uruá-apera.

BETINA HILLESHEIM

Graduada em Psicologia (1989), com mestrado e doutorado em Psicologia Social e da Personalidade pela PUC/RS (2001); Membro do comitê assessor da FAPERGS, nas áreas de Educação e Psicologia (2013-2014, 2015-2016). Docente e pesquisadora do departamento de Psicologia e do PPG em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Professora do Mestrado Profissional de Psicologia (UNISC). Membro do GT "Territorialidades, violências, políticas e subjetividades" da ANPEPP. Atua principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, inclusão, território, nomadismo, infância, literatura infantil. Líder do grupo de pesquisa "Políticas públicas, inclusão e produção de sujeitos" (PPIPS).

BIANCA MOREIRA PINTO

Discente do curso de Psicologia (FACI Wyden)

CAIO MONTEIRO SILVA

Professor Adjunto no curso de Psicologia na UFERSA. Doutor e Mestre em Psicologia pela UFC; Gestalt-Terapeuta pelo Instituto Gestalt do Ceará (IGC); Graduado em Psicologia pela UNIFOR. Foi colaborador do Laboratório de Psicologia em Subjetividade e Sociedade (LAPSUS) e Docente Externo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC, com estágio Pós-Doutoral - FUNCAP/UFC. Atualmente é coordenador Núcleo de Atividades em Produção de Subjetividade no Semi-Árido (NAPROSA/UFERSA) e é membro colaborador do Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica (PARALAXE/UFC) e do Grupo de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica, Estudos sobre a Colonialidade e Relações de Cuidado em Políticas de Saúde (PLURIVERSO/UFF).

CAMILA DE FREITAS MORAES GARCIA

Graduação em Psicologia ESAMAZ, mestrado e doutorado em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) e especialização em Saúde Mental pelo Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). Realizou formação em Psicanálise pela Escola de Estudos Psicanalíticos Freud e Lacan (Caxias do Sul/RS). Atua como psicóloga clínica e psicanalista. É professora universitária nos cursos de Psicologia da ESAMAZ - Abaetetuba e da FACI Wyden. Integra o Grupo de Estudos Questão Agrária, Urbana e Ambiental / Observatório dos Conflitos da Cidade. É pesquisadora vinculada à Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) núcleo RS (ANPSINEP/RS) e colaboradora do corpo editorial da Editora Amplamente Cursos.

CARLOS ALBERTO BRITO DA SILVA JÚNIOR

Graduado e Mestre em Física e Doutor em Engenharia Elétrica pela UFPA. Professor da FACFIS-CANAN-UFPA, Professor Permanente do PPGCEM-CANAN-UFPA, e do MNPEF-SBF-UFPA. É Bolsista Produtividade em Física, Consultor Ad Hoc das Chamadas Universal-CNPq, Bolsa Produtividade PQ2-CNPq, e Pós-Doutorado Júnior. Líder do Grupo de Eletrônica Molecular de Ananindeua (GEMA) e Grupo de Pesquisa em Ensino de Ciências e Física da UFPa (GPECF) do CNPq.

Participa do Grupo de Fotônica e Óptica Não-Linear. É Revisor da Revista Amazônia-UFPA, RBECT, RBFTA, EDUCITEC e RPF.

CLEBER SILVA DE OLIVEIRA

Graduado em Licenciatura em Educação Artística - Artes Visuais pela UFPA. É artista visual, palhaço, ator, narrador de histórias e brincante da cultura popular, com formação técnica de ator pela Escola de Teatro e Dança da UFPA. Artista Prático. Cria do Curro Velho e oficineiro. Ilustrador do Arraial Junino e do Arrastão do Círio do Arraial do Pavulagem. Realizou exposições individuais, destacando "Cigarras Elétricas", no Centro Cultural Sesc Ver-o-Peso (2019), e "Febre, Barulho e Cor", no Espaço Cultural Casa do Fauno (2018). Desenvolve trabalhos na área de Arte Educação (Cênicas, Literatura e Visuais). Hoje está como assessor - arte-educador na Casa Rua Nazareno Tourinho, da Secretaria de Saúde do Município de Belém, realizando mediação cultural de arte-educação e saúde mental para pessoas em situação de vulnerabilidade social.

DANIELA QUARESMA FONSECA FERNANDES

Psicóloga graduada pelo Centro Universitário UNIFAMAZ. Atua como Psicóloga no âmbito escolar no Setor Psicossocial da Secretaria Municipal de Educação de Abaetetuba/PA.

DANIEL MIRANDA BAIA ARNALDO

Discente do curso de Psicologia da UFRJ. Bolsista PIBIC-FAPERJ. dmbarnaldo@gmail.com

DÉBORA LUIZA FRAZÃO MATOS

Discente do 10° semestre de Psicologia na Faculdade Faci Wyden. Participa de projeto de Iniciação Científica na área de Psicologia Social e integra a Liga Acadêmica de Psicanálise.

DOROTÉA ALBUQUEQUE DE CRISTO

Graduada em Psicologia e Mestrado em Psicologia pela UFPA. Especialista em Psicologia Clínica e Sexologia. Atualmente é docente da UNAMA e psicóloga da Secretaria Executiva de Estado de Saúde do Pará (SESPA).

ELIZÂNGELA FERREIRA MENDES

Graduação em Administração; Graduação em Psicologia (Faculdade Estácio – Belém) e Pós-graduação em Gestão Empresarial (FGV). Pós-graduada pela Faculdade Líbano - MG: Neuropsicologia; Psicologia Escolar e da Educação; Psicologia Hospitalar e da Saúde. Pertence ao efetivo da Polícia Militar do Estado do Pará, atuante como Instrutora do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência; Instrutora do Curso de Supervisão Cívico Militar; Auxiliar da Seção de Supervisão Militar Escolar junto ao Departamento Geral de Educação e Cultura, DGEC e professora de Administração para concursos públicos. Pós-graduanda, da Líbano - MG, em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico e ABA - Análise Aplicada ao Comportamento.

EMANUEL MESSIAS AGUIAR DE CASTRO

Graduado em Psicologia, especialista em Saúde Mental e Mestre e Doutor em Psicologia pela UFC. É professor do curso de Psicologia da Faculdade Uninta Fortaleza. Já atuou como coordenador do curso de Psicologia da Faculdade Princesa do Oeste, assim como gestor pedagógico do curso de Psicologia da Faculdade Uninta Fortaleza.

EMANUELA FERNANDA DA CONCEIÇÃO COSTA

Discente do curso de Psicologia da UFRJ. Bolsista PR1-UFRJ. Contato: emanuelafernanda1207@gmail.com

ERIC CAMPOS ALVARENGA

Possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela UFPA. É professor do curso de Psicologia e do PPG da UFPA. Atuou como coordenador pedagógico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). É coordenador do grupo TRAMAS - Trabalho e Masculinidades. Coordena o projeto "Cuidando da saúde mental de profissionais da saúde".

EVELYN CRISTINA MARTINS CUNHA

Psicóloga Clínica, graduada pela UNIFAMAZ (2021). Mestranda em Psicologia Social pelo PPGP-UFPA. Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho e em Saúde Mental, Psicopatologia e Atenção

Psicossocial. Realiza formação em Psicanálise (CPPA). Psicóloga da Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa pela UFPA. Especialista em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela PUC/MG.

FERNANDA TEIXEIRA DE BARROS NETA

Doutora em Psicologia (UFPA), professora efetiva do curso de Psicologia da UNIFAP. Estudiosa da área da Psicologia Social, Relações de Gênero e Saúde Mental

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS

Psicóloga (UNESP/SP) e licenciada em Pedagogia (UNEB). É mestra em Psicologia (UNESP/SP) e doutora em História Cultural (UNESP/SP). Realizou pós-doutorado em Psicologia (UFF). Especialista e Psicopedagogia Clínica e Institucional. Integrou a Comissão de Direitos Humanos do CFP (2017-2019) e foi conselheira titular do CFP (2011-2013) Atualmente é docente da Universidade Federal do Pará (graduação e pós-graduação).

FLÁVIA LORRANA CRUZ PEREIRA

Psicóloga graduada pelo Centro Universitário UNIFAMAZ.

FRANCILENE TELES DA SILVA SOUSA

Graduada em Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e especialista em Ensino de Sociologia para o Ensino Médio (UESPI).

HEMILLY FONSECA COELHO

Graduanda em Psicologia pela UFES.

HERNANI PEREIRA DOS SANTOS

Docente da Universidade Estadual do Ceará, Campus Itaperi - Fortaleza. Psicólogo Clínico. Mestre e Doutor em Psicologia pela UNESP/Assis. Graduação em Psicologia pela UEL e é especialista em "Filosofia Moderna e Contemporânea: Aspectos Éticos e Políticos".

IARA MONTEIRO MORAES
Graduanda em Psicologia no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Email: psi.iaramonteiromoraes@gmail.com

PEDRO IGOR ZAIA
Psicólogo formado pela Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. Psicólogo atuante no ambito clínico (CRP 06/164913).

JANNE CAVALCANTE MONTEIRO
Docente da UNIR (Rondônia). Fisioterapeuta, Doutora e Mestra em Engenharia de Produção pela UFSC. Coordena o Núcleo Docente Estruturante do curso de medicina desde 2018. É docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNIR e da Residência Multiprofisssional em Saúde da Família da UNIR. Atualmente compõe o Comitê de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde do Estado de Rondônia.

JANES KENED RODRIGUES DOS SANTOS
Professora Associada da UFPA. Docente permanente do PPG de Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior do Núcleo de Inovação e Tecnologias Aplicadas a Ensino e Extensão (Nitae/UFPA), lotada na Faculdade de Química do Campus Ananindeua. Atua na área de Estágio Supervisionado, Metodologia e Prática de Ensino de Ciências e de Química. É licenciada em química, mestre e doutora em ensino de Ciências. Atualmente, coordena projetos como o PIBID (CAPES), o LABINFRA (PROEG), a Monitoria (PROEG) e a Extensão (PROEX).

JANISSE DE OLIVEIRA CARVALHO
Psicóloga, especialista em Saúde Mental e Justiça; Mestrado e Doutorado em Política Social. Possui experiência em docência universitária. Atualmente desenvolve atividades de atendimento individual e em grupo de caráter comunitário, com foco no desenvolvimento da Atenção Plena e Práticas Corporais. Recentemente atuou junto a Prefeitura Municipal de Alexânia - Go, diante do saúde da família, saúde mental e assistência social, nesta última como gestora.

JEICE SOBRINHO CARDOSO

Docente (UFPA). Graduada em Terapia Ocupacional (UFPA). Doutora e Mestre em Psicologia (PPGP/UFPA). Especialista em Gerontologia pela Faculdade Inspirar. Especialista Profissional em Saúde da Família (COFFITO). Especialista em Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará.

JOÃO PAULO NOGUEIRA DA SILVA

Psicólogo (UFPA). Doutor e Mestre em (UFPA). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde com Residência Multiprofissional na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Membro do Laboratório de Desenvolvimento em Saúde (LADS-UFPA). Formado em Direito pela UNAMA. Especialista em Advocacia Cível (ESA - OAB), Gestão e Direito Aplicado aos Serviços de Saúde Pública (UNAMA) e Direito Médico. Psicólogo da Secretaria de Estado de Justiça do Pará.

KEZIA ANDRADE SOARES SARAIVA

Possui Pós-Graduação em Musicoterapia - CENSUPEG; Graduação Plena em Música pela UFPA; Técnico em Canto Lírico - EMUFPA; Técnico em Canto Lírico - Conservatório Carlos Gomes. Atualmente é professora de canto lírico no Instituto Estadual Carlos Gomes (Conservatório). Musicoterapeuta - Professora de Música - Cantora Lirica.

LAÍS QUEIROZ SANTANA

Graduanda em Psicologia pela UFC - Campus Benfica. Membro do Grupo de Pesquisas e Intervenções sobre Violência, Exclusão Social e Subjetivação (VIESES/UFC). Email: laisqueirozsantana@alu.ufc.br

LARISSA AZEVEDO MENDES

Psicóloga, mestra e doutora em Psicologia (UFPA).

LETÍCIA LUZ QUARESMA

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia - FAM (Abaetetuba).

LETÍCIA MARIS CAMARGOS BRASIL

Formada em Medicina pela UNIR (Rondônia). Foi pesquisadora de iniciação científica envolveram o perfil epidemiológico de recém-nascidos na UTI Neonatal da Amazônia Brasileira e a prevalência de notificações de acidentes de trabalho em unidades de saúde de Porto Velho.

LETICIA SILVA HOLDERBAUN

Psicóloga. Mestra em Educação (com bolsa PROSUC/CAPES) pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

LORENA SCHALKEN DE ANDRADE

Psicóloga. Graduada em Psicologia (UNAMA), Especialização em Gestalt-terapia (CCGT-PA), Mestre e Doutora em Psicologia (PPGP-UFPA) na Linha de pesquisa: Fenomenologia, teoria e clínica. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN-UFPA). Coordenadora do Grupo de Pesquisas gestálticas em Saúde e Corporeidade (Corporalidades) vinculado ao NUFEN. Professora do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA) e no Centro Universitário da Amazônia (UNIFAMAZ), com Ênfase em supervisão na clínica Gestáltica; Psicologia Social e Comunitária. Atualmente é Pós-doutoranda em Psicologia Social na UERJ.

Lorrane Costa da Silva

Graduanda em Psicologia pela UFES.

LUCAS DE ALMEIDA MODESTO

Doutorando e Mestre em Psicologia (PPGP/UFPA). Especialista em Psicologia em Saúde (CFP). Pós-Graduado em Saúde mental e atenção psicossocial pela Faculdade Estácio (FAP). Pós-Graduado da especialização de Gestão em Saúde (UNILA). Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário da Faculdade Metropolitana da Amazônia (2021), Atua como Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Amazônia, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESPA). É Coordenador de Saúde Mental e de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (SESAU). Docente e supervisor do curso de psicologia da Faculdade da Amazônia (FAAM) e docente do curso de psicologia da Faculdade Estácio - Ananindeua.

LUCAS DOURADO LEÃO

Psicólogo e Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica e Social pela UFPA. Graduado em Psicologia pela UNAMA, especialista em Psicanálise e Relações de Gênero: Ética, Clínica e Política (IPPERG), Teoria Psicanalítica (INSPIRAR, 2020) e em Saúde Mental (UNIBF, 2020). Professor do Curso de Psicologia da Faci Wyden (PA), assim como da pós-graduação em Psicologia Jurídica (Instituto Fortiori) e Neuropsicologia (Dalmass e Faci Wyden). Foi coordenador-Adjunto do Grupo de Diálogo Universidade-Cárcere-Comunidade (Hospital Geral Penitenciário, CRF E CTM- 2).

LUIZANE GUEDES MATEUS

Professora do Departamento de Psicologia da UFES, Coordenadora da Escola de Conselhos do Estado do Espírito Santo e do Projeto Um olhar em saúde mental. Possui graduação em Psicologia pela UFES, Mestrado e Doutorado em Subjetividade, Política e Exclusão Social pela UFF e Pós-doutorado pela UFES. Professora pesquisadora do NEAB - Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e do NUSP - Núcleo de Segurança Pública.

MÁRCIO MARIATH BELLOC

Doutor em Antropologia (Universitat Rovira i Virgili), validado nacionalmente como Doutor em Saúde Coletiva (UFRGS), Mestre em Artes Visuais (UFRGS). Professor da UFPA (FAPSI e PPGP). Coordenando a pesquisa Promoção e Proteção da Saúde Mental e do Bem-Viver Amazônidas. Coordenador do Grupo de Pesquisa Narrativas, Ancestralidades e Bem-Viver. Coordenador do Laboratório de Estudos e Intervenções em Psicologia Social e Saúde Coletiva na Amazônia - Coletiva Banzeiro. Coordenador do projeto Rádio Curupira - Narrativas e Cuidados Coletivos nas Ondas do Rádio. Professor convidado do Mestrado em Saúde Mental da Universidad Nacional de Córdoba (ARG). Professor convidado do Medical Anthropology Research Center (MARC) da Universitat Rovira i Virgili, Espanha. Membro do Coletivo Aparelho: Arte e Cidadania. Integrante do grupo Pandeiro Livre.

MARCOS VINICIUS OZÓRIO ASSUNÇÃO

Graduando em Licenciatura em Física pela Faculdade de Física do Campus Universitário de Ananindeua UFPA (FACFIS-CANAN-UFPA) e, atualmente, bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência (PIBID), da FACFIS-CANAN-UFPA.

MARIA EDUARDA LIMA LISBOA

Fonoaudióloga pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residente da Atenção à Clínica Especializada Cardiopulmonar e Saúde Auditiva da Universidade Federal do Pará (UFPA). Contato: dudalisboalim@gmail.com

MARIA VITORIA ROCHA DE JESUS

Graduada em Psicologia (UFPA) e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Transversalizando (UFPA).

MARIANA SOARES SARAIVA

Discente do curso de Psicologia da UFRJ. Bolsista PIBIAC-UFRJ. Contato: myssrv@ufrj.br .

MARINA DE ALMEIDA MOTA

Graduanda de Psicologia na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Integra o Grupo de Pesquisa, Psicologia, Saúde e Diversidade na Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Subjetividade. Participa do Programa de Mentores da Saúde - uma experiência da University of British Columbia - UBC / Canadá na Bahiana.

MARILDA CASTELAR

Psicóloga, com doutorado em Psicologia Social pela PUC/SP, mestrado em Multimeios pela UNICAMP e graduação em Psicologia pela PUC. Foi Conselheira Presidente do CRP-BA Conselho Regional de Psicologia da Bahia (Gestão 2007-2010) e Conselheira Suplente do CFP - Conselho Federal de Psicologia (Gestão 2010-2013). Atua como Professora Adjunta no Curso de Psicologia no Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde desde 2019.2 na EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E também na EBMSP atuou no Mestrado em Tecnologias em Saúde (de 2012 a 2020). Coordena o Grupo de Pesquisa

Psicologia, Diversidade e Saúde (CNPq). Atua também como Editora Científica Revista Psicologia Diversidade e Saúde. Contato: marildacastelar@gmail.com

MAYRA RODRIGUES NEGRÃO

Discente do curso de Psicologia da Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ) - Campus Abaetetuba/PA. E-mail: negraomayra@gmail.com

MICHELE TORRES DOS SANTOS DE MELO

Doutora e Mestra em Psicologia (UFPA). Especialista em Gestão de Pessoas (UGF) e em Neuropsicologia (UNIFAVENI). Psicóloga e Licenciada em Psicologia (UFPA). E-mail: mts_psi@yahoo.com.br .

NATHÁLIA GUIMARÃES LOPES

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNIFAMAZ.

NAYANE DE SOUSA LIMA

Psicóloga pela Universidade da Amazônia (Unama). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Avaliação Psicológica pela DALMASS Escola de Líderes (2019). nayane.lima1@hotmail.com

NICOLLY NASCIMENTO SIMIONI PINHEIRO

Psicóloga (UNIFAMAZ) antirracista e facilitadora de círculos de diálogos e de construção de paz pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA). Atua no âmbito clínico. Contato: nicolly.simioni84@gmail.com

NILSON NOGUEIRA VASCONCELOS

Graduado em Psicologia (UNAMA).

OZIAN DE SOUSA SARAIVA

Doutorando em Ciências Sociais no PPG em Sociologia e Antropologia - UFPA. Mestre em Ciências da Religião (PPGCR-UEPA). Especialista em Teologia (FATEBE), e em Metodologia do Ensino de Artes (Centro Universitário Internacional – UNINTER). Licenciado em Música (ICA-UFPA); Bacharel em Música Sacra (FATEBE); Graduado em Processos Gerenciais (UCB- RJ). Atualmente realiza pesquisas na região do Caeté -

Bragança-PA relacionadas à Antropologia, Sociologia, Educação, Cultura, Religião e Música. Nos percursos do Beneditismo: Pesquisas e devoções à São Benedito de Palermo (UEPA/CNPq). É pesquisador colaborador no Herbário MFS-UEPA desde 2017. Servidor Público do Estado do Pará no Instituto Estadual Carlos Gomes (FCG/ IECG) na cadeira de Campo Teórico I - Professor Efetivo.

PAULO ROBERTO NASSAR DE OLIVEIRA

Diretor-presidente da Associação Brasileira de Comunicação Empresarial (Aberje); professor da Escola de Comunicações e Artes da USP; doutor e mestre pela ECA-USP. É Coordenador do Grupo de Estudos de Novas Narrativas (GENN), da ECA-USP; pesquisador orientador de mestrado e doutorado (PPGCOM ECA-USP); pesquisador da British Academy (University of Liverpool) - 2016-2017. Entre outras premiações, recebeu o Atlas Award, concedido pela Public Relations Society of America (PRSA, Estados Unidos), por contribuições às práticas de relações públicas, e o prêmio Comunicador do Ano (Trajetória de Vida), concedido pela FundaCom (Espanha).

PAULO VITOR BARROSO DOS SANTOS

Discente do 5° período de psicologia no CESUPA. É bolsista no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde: Informação e Saúde digital (PET-Saúde: I&SD). Membro do Laboratório de Psicopatologia Crítica e Saúde coletiva (RUPTURA/CESUPA). Integra o Grupo de Estudos de Autores de Violência (GEAV/NTPC/UFPA). Participa do Grupo de Estudos em Psicanálise e Gênero (PSICAGEN/CESUPA). É membro da coletivo Luta Amazônica por Cuidados Integrais em Gênero e Sexualidade (LACIGS+).

PEDRO PAULO BICALHO

Professor do Instituto de Psicologia da UFRJ, com formação em Psicologia pela UFF, especialização em Psicologia Jurídica pela UERJ, mestrado e doutorado em Psicologia pela UFRJ. Professor do PPG em Criminologia Aplicada da Universidad de San Carlos da Guatemala, do Programa de PPG em Justiça Administrativa da UFF, do PPG em Políticas Públicas em Direitos Humanos e do PPGP em Psicologia da UFRJ. Professor Colaborador em Programas de PPG em Moçambique, Escócia, Chile e Uruguai. Representante do Brasil na Cúpula de Lideranças da Psicologia da

América Latina e Caribe e na Cúpula Global de Lideranças Mundiais da Ciência Psicológica (triênio 2023-2025). Foi presidente do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (2019-2022) e Presidente do Conselho Federal de Psicologia (2022-2025). Presidente eleito para a gestão 2026-2028 da Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología. Bolsista de produtividade em pesquisa (CNPq).

PRISCILA IARA DA SILVA LOUZADA DA COSTA

Psicóloga, especialista em Neurociência Clínica. Mestrado em Neurociência e Comportamento pela UFPA. Servidora Municipal atuando como psicóloga clínica na atenção básica. É colaboradora/voluntária do Projeto Promoção e Proteção da Saúde Mental do Bem-Viver Amazônidas.

RARIANE COSTA RODRIGUES

Psicóloga formada pela UFPA.

RISÂNGELA MARIA DE JESUS CAVALCANTE DIAS

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia - FAM (Abaetetuba).

ROBERTA BENTES FLORES BAYMA

Dra. em Artes e Mestre em Psicologia pela UFPA. Psicóloga clínica e artista criadora das artes cênicas na cidade de Belém. Coordenadora do grupo de estudos e pesquisas em clínicas gestálticas e práticas de cuidado nas Amazônias Experimen_Ações de Cuidado. Pesquisadora do Grupo de Estudo, Pesquisa e Experimentação em Teatro e Universidade (GEPETU/UFPA) e do Grupo de Estudo, Pesquisa e Experimentação em Teatro e Universidade e do Arte, Festas, Corpo e Performance (UFPA).

RODRIGO ALUISIO GOMES DE FREITAS DOS SANTOS

Psicólogo (UNAMA) - CRP 10/12375, pós-graduando em Neuropsicologia (FAVENI), pós-graduando em psicopatologia (UNICIVE). Atua como psicólogo na Unidade Básica de Saúde de Manoelzinho em Bailique/Macapá.

SILVIO JOSÉ BENELLI
Livre Docente em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP, linha de pesquisa Políticas Públicas e Produção de Subjetividades: processos clínicos e institucionais. Coordenador do Laboratório transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividades saúde (LATIPPSS), inscrito no CNPq. E-mail: silvio.benelli@unesp.br

STÉPHANE NAYANE FRAGA NEGRÃO
Graduada em Psicologia pela UNAMA, com pós-graduação em Neuropsicologia (Faculdade Bookplay). Atualmente, como residente do programa de Oncologia e Cuidados Paliativos da Universidade Estadual do Pará (UEPA) no Hospital Ophir Loyola (HOL). Também atuou como docente do curso de Psicologia da Anhanguera (Paragominas).

TAMIRES COSTA MENDES
Graduada em Psicologia (UFPA) e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Transversalizando (UFPA).

THIAGO PAMPLONA
Psicólogo, CRP 10/09157, graduado em Psicologia - UFPA, especialista em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança pela FSCMPA/UEPA e mestrando em Psicologia pelo PPGP/UFPA. É conselheiro do CRP-10 e preceptor de Estágio Supervisionado Específico I e II. Desenvolve estudos e práticas articulados aos campos da Psicologia Social e da Saúde, com interesse em gênero, subjetividade, políticas públicas e processos de cuidado.

TÚLIO KÉRCIO ARRUDA PRESTES
Doutor e Mestre em Psicologia pela UFC, Especialista em Terapia Analítico-Comportamental pela Faculdade Evoluir/Núcleo Tríplice, Graduado em Psicologia pela UFC - Campus Sobral. Professor do Curso de Psicologia da UECE.

VALBER LUIZ FARIAS SAMPAIO
Docente da Universidade Federal Rural da Amazõnia (UFRA). Doutor e Mestre em Psicologia – UFPA. Pós-doutorando em Psicologia Social e Institucional – UFRGS. Especialista em Psicologia Jurídica e em Gestão e Planejamento de Políticas Públicas em Serviço Social. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Transversalizando (UFPA) e do Grupo de Estudos em Literatura, Cultura e Sociedade - GELICS (UFRA). Foi conselheiro do CRP 10 por duas gestões e atualmente encontra-se gestão, sendo representante do CRP 10 na Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social (CONPAS) e na Comissão Editorial da Revista Ciência e Profissão (CFP). Foi da Comissão de Orientação e Ética – COE do CRP10 e foi do Grupo de Trabalho do Conselho Federal de Psicologia (CFP) de Medidas Socioeducativas. Contato: valbersampaio@hotmail.com .

VANDERLEIA DE LURDES DAL CASTEL SCHLINDWEIN
Graduada em Psicologia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e doutorado em Serviço Social pela PUC/RS. Atualmente é professora da UNIR (Rondônia).

VERENA SOUZA SOUTO
Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2025). Mestra em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2018). Possui graduação em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC (2010). Pós-Graduada em Saúde Mental com ênfase em Dependência Química, Família e Comunidade (2012) e em Terapia Analítico-Comportamental pelo Centro Universitário Unijorge (2019). Psicóloga Clínica Analista do Comportamento (CRP03-8363). Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Coordenadora Técnica de Pós-Graduação da Unyleya (2020-2024). Professora Auxiliar Substituta da Universidade Federal do Recôncavo - UFRB (2021-2023). Docente Adjunta do Centro Universitário UNIFTC/SSA (2019-2022). Fez parte do Conselho Regional de Psicologia da Bahia (2013-2016).

VICTOR AUGUSTO CAVALEIRO CORRÊA

Graduado em Terapia Ocupacional pela UEPA. Doutor em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical – NMT pela UFPA. Mestre em Psicologia pela UFPA. Possui Especialização em Saúde da Família pela UEPA e Aperfeiçoamento em Ciência da Ocupação pela Escola de Terapia Ocupacional do Chile. Docente da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde - FFTO/ICS da UFPA. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGP da UFPA e do Programa de Pós-graduação em Ocupação e Cotidiano – PPGOC da UFTM. Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Terapia Ocupacional e Ciência Ocupacional. Terapeuta ocupacional associado à Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHosP) e à Associação Brasileira de Terapia Ocupacional Regional Pará (ABRATO-PA). Desenvolve estudos e pesquisas sobre os processos de perda, luto, morte, morrer, cuidados paliativos e ocupação humana.

VICENTE FERRER PUREZA ALEIXO

Possui graduação em Física pela UFPA, mestrado em Engenharia Elétrica pela UFPA e doutorado em Engenharia Elétrica pela UFPA. Atualmente é professor permanente Associado III da UFPA - Campus de Ananindeua (CANAN/UFPA) e Coordenador do Laboratório de Física da Faculdade de Física (CANAN/UFPA). Participa de 5 Grupos de Pesquisa do CNPq: Grupo de Eletrônica Molecular de Ananindeua (GEMA), Grupo de Pesquisa em Ensino de Ciências e Física da UFPa (GPECF), Grupo de Fotônica e Óptica Não-Linear), Grupo de Eletrônica Molecular de Ananindeua (GEMA) e Grupo de Pesquisa em Ensino de Ciências e Física da UFPa (GPECF).

VITÓRIA DO VALE CARVALHO

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNIFAMAZ.

VITÓRIA MARIA FRANÇA DE PAULA

Discente do curso de Psicologia da UFRJ. Bolsista PIBIC-UFRJ. Contato: vivsmariadepaula@gmail.com

WANESSA ARAÚJO PINHEIRO
Graduada em Psicologia pela Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia - FAM (Abaetetuba).

YAN LIMA DAMASCENO
Discente de Psicologia da UFRJ. yan.psicologia@gmail.com

Índice remissivo

adoecimento.. 75, 212, 218, 233, 242, 246, 248, 250, 256, 310, 317, 318, 319, 320, 321, 323, 326, 327, 328, 329, 337, 341, 354, 396, 402, 409, 414, 434, 441, 446, 452, 453, 478
arte..... 9, 107, 113, 114, 137, 165, 167, 200, 201, 412, 479, 480, 481, 482, 486, 487, 489, 503, 504, 505, 506, 508, 509, 544
assistência social 6, 91, 137, 138, 139, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 155, 257, 294, 296, 297, 303, 304, 340, 343, 466, 513, 514, 515, 516, 518, 525, 528, 529, 531, 537, 547
cis-heteronormatividade.... 18, 19, 20, 22, 26, 29
colonialismo..... 35, 37, 46, 48, 186, 440, 487
convivência..... 5, 34, 71, 90, 99, 100, 101, 104, 105, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 124, 126, 151, 158, 160, 166, 172, 295, 435, 445, 446, 448, 449, 450, 454, 455, 456, 457, 458, 517, 527
crianças e adolescentes .. 8, 116, 237, 253, 347, 349, 351, 352, 355, 356, 358, 359, 465
decolonialidade.. 189, 403, 423, 425
desempenho.... 6, 209, 213, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 229, 320, 398
desinstitucionalização 5, 12, 81, 83, 90, 91, 93, 98, 99, 100, 103, 106, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 116
Educação popular ... 8, 445, 459
ensino de Física 491, 493, 497, 500, 501, 502
Esclerose Múltipla 309, 310, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 321
escuta psicológica... 8, 323, 325, 341
festas de aparelhagem 9, 491, 502
gestação..... 288, 364, 365, 368, 369, 370, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 383, 508
HIV..... 8, 347, 349, 350, 352, 353, 355, 356, 358, 359, 360
homens trans 21, 364, 365, 370, 371, 373, 377, 381
internação compulsória.... 5, 51, 52, 53, 54, 59, 60, 64, 66, 86, 87
interseccionalidade.. 53, 54, 60, 64, 67, 205, 274, 280, 283, 462, 472, 475, 479, 490
Juventudes..... 6, 157, 158, 160, 164, 165, 167, 168
LGBTQIA+ 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 29, 30, 60, 61, 63, 371, 372
luto..... 7, 12, 151, 264, 309, 310, 311, 312, 313, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 353, 508, 557
maternidade..... 126, 257, 291, 297, 301, 373, 376, 378, 379
medicalização..... 89, 107, 224, 257, 262, 263, 269, 450, 460
memória indígena.... 6, 171, 175, 180
migração..... 137, 141, 142, 143, 145, 146, 151, 213

mortalidade infantil.. 7, 12, 293, 294, 295, 299, 300, 301, 302, 304, 305, 350
musicoterapia 114, 282, 406, 503, 505, 506, 507, 508, 509, 510
parto humanizado... 7, 269, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 280, 282, 288
perdas ... 6, 7, 117, 120, 121, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 457
população em situação de rua 52, 53, 59, 65, 67, 68
pós-modernidade...48, 211, 215, 216, 221, 224, 225
Práticas Integrativas e Complementares ... 401, 406, 409, 414, 416, 421, 422
Produções científicas 9, 461
psicanálise.... 8, 18, 22, 31, 48, 61, 187, 210, 331, 343, 344, 407, 427, 430, 432, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 472, 474
Psicologia Hospitalar..326, 327, 342, 343, 545, 548
rádios comunitárias....199, 205, 207
rede de saúde 90, 285, 340
saberes amazônicos 6, 193, 205, 206
saúde mental..... 6, 8, 11, 12, 25, 30, 43, 44, 45, 51, 64, 65, 66, 72, 73, 74, 79, 80, 90, 91, 94, 96, 98, 102, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 150, 154, 157, 158, 161, 165, 221, 222, 227, 250, 324, 351, 399, 441, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 473, 477, 515, 519, 521, 522, 523, 527, 531, 536, 538, 544, 545, 547, 550
sistema penal ... 71, 72, 75, 90, 91, 93, 97, 161
sistema prisional.. 6, 74, 78, 89, 95, 96, 97, 98, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
subnotificações 7, 233, 242, 251, 252
SUS .. 8, 65, 73, 82, 90, 94, 234, 236, 237, 239, 247, 250, 251, 252, 253, 254, 270, 271, 272, 273, 274, 278, 279, 280, 286, 288, 327, 336, 337, 339, 348, 366, 367, 375, 377, 381, 383, 385, 388, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 401, 406, 408, 409, 414, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 455, 459
tecnologias leves 8, 385, 389, 394, 395, 396, 397, 398
transcolonialidade 5, 12, 33, 34, 41, 46
Velhice 9, 513
violência de gênero 38, 261, 461, 476
violência obstétrica 283, 285

Formato: 14x21cm
Tipologia: Georgia
Número de Páginas: 560
Todos os direitos reservados.
2026
Suporte PDF



Enquanto há livros que procuram tecer respostas, há livros que inquietam diante de suas problematizações e movimentos em prol da vida, do coletivo, do cuidado. Num segundo viés, pensar este livro requer reflexões contemporâneas, mas arraigadas num passado – nem tão distante – de estruturas corporificadas entre a saúde, a proteção social e os corpos-territórios.

Propomos olhares plurais, sob a ótica das interseccionalidades, na produção de encontros com corpos negros, de mulheres, indígenas, ribeirinhas, migrantes, de territórios outros, etc., que agenciam micropolíticas contracoloniais e, nessas aproximações, objetivamos colocar em xeque as práticas de aniquilamento presentes nas misoginias, nos sexismos e no patriarcado, emergindo o ecofeminismo das águas e florestas.

Scan me

